



OPOLSKA
IZBA
LEKARSKA

Rok Założenia 1990

Wrzesień 2022

ISSN 1426-661X

BIULETYN INFORMACYJNY

Nr 309

OPOLSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

www.izbalekarska.opole.pl



zdj. Janusz Lewandowski

KARMAZYN

Czy można życie opowiedzieć kolorem?

Indonezja, lata 60. XX wieku. Tytułowa „Nana” z filmu Kamili Andini mieści się w odcieniach szarości, granatu i czerni. To barwy tapet, zasłon i obrusów, to również jej trzewiki, gorsety i spódnice. Nawet złota spinka – podarunek od męża, zaszła patyną.

Nana przesuwając się z salonu do westybulu, z westybulu do kuchni, z kuchni do sypialni. Wszędzie panuje półmrok. Kryształowe lustra gubią się w rzeźbionych ramach, abażury wycinają wąskie słupy światła, a ciemnozielone ściany lepią się do kredensów. Nana wiesza obrazy. Podlewa kwiaty. Przyrządza pieczeń. Milczy z domowymi przedmiotami. I pali. Jakby chciała się rozpuścić w papierosowym dymie.

To obcy wnoszą kolor. Wyższe sfery wtłaczają do salonów cyklamen. Ciemna karnacja Nany spycha ją do podrzędnego świata, do niższej kasty. Kobiety z klanu męża nie kryją pogardy. Ich różowe suknie odcinają się od szarości i oznaczają niechęć.

Pewnego dnia wybucha karmazyn. W szpargałach męża Nana znajduje koronkowy szal. Podąża śladem czerwieni i zapuszcza się aż na targ miejski. Tam, pośród rozplatanych cielsk, zaszlachtowanych, soutinowskich zwierząt widzi dziewczynę. Tę drugą.

To właśnie faworyta męża ubarwia życie Nany. Przekazuje jej przez posłańca kunsztownie opakowane prezenty. Potem wprowadza się do willi. O dziwo zamiast wrogości między kobietami rodzi się bliskość. Przyjaźń. Kochanka wydłubuje Nanę z cienia, uwalnia z monotonii, przywraca godność.

I pomaga się jej wymknąć z przywiędłego dziś do bujnego wczoraj, odnaleźć dawną miłość i odmienić los. Wejść się w kolor.

Hlynur Pálmason również zaczyna swą filmową opowieść od szarości: kłębowiska chmur, gradobicia, sztormu. Statek przybija do wybrzeża Islandii. Luterński pastor zostawia za plecami porwane żagle, połamane maszty i zapuszcza się w głąb wyspy. W zieleń. Mech zawłaszcza tę ziemię, wystarcza za wszystkie dęby, platany i nasturcje. Miękki, atlasowy spływa po skałach, szczeniasty brukuje ścieżki, zapętlony buduje żywe wyspy na jeziorach. Ksiądz ciągnie ze sobą krzyż i aparat fotograficzny. Jest koniec XIX wieku. Do robienia zdjęć potrzeba kamery, płytek szklanych, srebra, odczynników, stojaków, kotar itd. Oprócz tego wszystkiego pastor wlecze na wyspę poczucie wyższości i pogardę dla tubylców. Pogarda przeradza się w nienawiść. Nienawiść w zbrodnię. Wybuch karmazyn. Kolor krwi zamordowanych.

Indonezyjka Kamila Andini i Islandczyk Hlynur Pálmason filmują różne miejsca, czasy i historie. Tych dwoje twórców nie ma ze sobą nic wspólnego. Nic, prócz tego, że wyjmują palety i rozprowadzają barwy, żeby koloryt przeświecał ich opowieści.

Tegoroczne wakacje spędziłam na wrocławskim festiwalu: Era Nowe Horyzonty. W tydzień zwiedziłam pół świata. Bywałam też w światach zmyślonych.

Agnieszka KANIA



Kadr z filmu Kamili Andini „Nana”

OD REDAKCJI



Za nami - chyba już zupełnie - letnia kanikuła i to taka naprawdę afrykańska. Ci, co wypoczywali w letnie miesiące chyba na dłużej będą mieli dość upałów. Natomiast ci, którzy wybrali późniejszy termin na wypoczynek liczą na przy-

jazną dla człowieka temperaturę oraz bezdeszczową aurę.

Wokół nas kolejna „zadyma w środku lata” – tym razem odrzańska. Niestety zdążyliśmy się już przez te lata do tego przyzwyczaić i każda kolejna afra wzbudza coraz mniej emocji – a szkoda!

A przed nami kolejna odsłona 2-letniej już pandemii, choć jak gdzieś przeczytałem, omikronem przejmują się już tylko lekarze. Jak będzie tym razem? Niestety przypuszczam, że... jak zawsze. Białe personel będzie „chodził na rękach”, a publikatory pełne będą połajaneł na niedomagania służby zdrowia. Normalka!!!

W kolejnym numerze Biuletynu znajdziecie aktualne komentarze do naszej szarej codzienności. Natomiast część opolska jest dość skąpa, ale w końcu dopiero skończyły się wakacje i Samorząd powoli rozpędza się do swego normalnego działania. A ja żegnam się do następnego numeru.

Jerzy B. LACH

Komisja Senioralna Opolskiej Izby Lekarskiej przypomina i zaprasza wszystkich naszych seniorów - a przede wszystkim tych, którzy przed 50 laty ukończyli Akademię Medyczną oraz superseniorów, którzy ukończyli 90 rok życia - na wspólne uroczyste spotkanie o godz.

12.00 w dniu 10 września 2022 r. w restauracji „Czardasz” w Opolu, ul. Katowicka 55.

Bardzo prosimy o potwierdzenie swego uczestnictwa telefonicznie w Biurze Opolskiej Izby Lekarskiej, tel. 77/454-59-39 do dnia 5 września br.

Przewodniczący Komisji



Koleżanki! Koledzy!

Główny sezon urlopowy za nami (choć jak wiemy, niektórzy preferują inne miesiące na urlopy) i czas

myśleć o czekających nas zadaniach, w tym naszych samorządowych. Cieszę się, że mamy już przewodniczących wszystkich działających w Izbie komisji problemowych. Niektóre już bardzo aktywnie działają, inne dopiero „rozwijają skrzydła”.

Letnie miesiące nie były jednakże spokojne, przez cały czas, tak jak na całym świecie, towarzyszy nam „covidowy” problem. Co dziwniejsze, my i inni pracownicy medyczni widzimy tę przyspieszoną falę

Pandemiczną, a słabo widzi to Ministerstwo Zdrowia. Nie przywrócono masowego bezpłatnego testowania, nie

ma dodatków „covidowych”, choć coraz więcej chorych na COVID-19 trafia do szpitali. Dobrze, że pojawiła się w ostatniej chwili (od 17 sierpnia) możliwość otrzymania drugiej dawki przypominającej dla medyków.

Do tego doszły problemy z wdrażaniem podwyżek dla personelu medycznego. Największe problemy będą dotyczyły szpitali powiatowych, którym trudniej będzie zbilansować koszty utrzymania, pieniędzy może nie wystarczyć, a dodatkowe środki (miały być zrekompensowane w wycenie świadczeń, a na to

się nie zanoś) nie pokryją kwestii inflacji, kosztów energii elektrycznej, gazu itp. Ten problem zresztą dotyczy nie tylko szpitali czy innych podmiotów medycznych. To dotknie nas wszystkich w mniejszym czy większym stopniu, także i naszej Izby. Mam nadzieję, że nie zagrazi to wstrzymaniem realizacji ustawowych zadań, ale może być różnie...

Na koniec chciałabym wspomnieć o działaniach Naczelnej Izby Lekarskiej, która już w lipcu zapowiedziała pracę nad założeniami swojego projektu ustawy dotyczącej no-fault (ma to być projekt obywatelski), nie zgadzając się z obecnym systemem. 3 sierpnia br. odbyła się w siedzibie Naczelnej Izby Lekarskiej konferencja „Ratowanie życia to nie przestępstwo” z udziałem grona ekspertów. Idea systemu no-fault oparta jest na trzech filarach: natychmiastowej kompensacji za zdarzenie niepożądane dla pacjenta, rejestrze zdarzeń niepożądanych i na zniesieniu odpowiedzialności karnej lekarza z wyjątkiem sytuacji, gdy doszło do błędu w sztuce medycznej i rażącego niedbalstwa. Działają w interesie nas wszystkich więc, jeśli się nadarzy jakiegokolwiek okazja, czy to w rozmowach prywatnych czy służbowych powinniśmy wspierać te działania.

Jolanta SMERKOWSKA-MORZYCKA

POSIEDZENIE RADY OKRĘGOWEJ



W dniu 22 czerwca 2022 r. odbyło się kolejne posiedzenie Rady Okręgowej, która obradowała nad następującymi problemami:

Przyznanie praw wykonywania zawodu

Wniosek o wydanie PWZ w związku z przeniesieniem z Dolnośląskiej Izby Lekarskiej we Wrocławiu złożyli: lek. Tomasz Pietrucha i lek. Jan Mazurkiewicz - uchwały podjęto jednogłośnie.

Wniosek o przedłużenie Warunkowego PWZ złożyli:

- lek. Natalia Riabova – obywatelka Ukrainy, WPWZ ważne do 21.07.2026 r.

- lek. Tetiana Bernarda - obywatelka Ukrainy, WPWZ ważne do 02.08.2026 r.

- lek. Volha Kovalenko – obywatelka Białorusi, WPWZ ważne do 22.09.2026 r.

- lek. Serhii Podolianchuk - obywatel Ukrainy, WPWZ ważne do 21.07.2026 r.

- lek. Roman Havrylko - obywatel Ukrainy, WPWZ ważne do 15.12.2026 r.

Wszystkie uchwały podjęto jednogłośnie.

Wniosek o wydanie warunkowego PWZ złożyli:

- lek. Alla Zakernychna - obywatelka Ukrainy (ukończyła Narodowy Uniwersytet Medyczny im. M. I. Pirogowa w Winnicy), WPWZ ważne do 22.06.2027 r. - uchwałę podjęto jednogłośnie.

- lek. Aleh Neudakh - obywatel Białorusi - posiada Kartę Polaka (ukończył Białoruski Państwowy Uniwersytet Medyczny w Mińsku), WPWZ ważne do 22.06.2027 r. - uchwałę podjęto przy 1 głosie wstrzymującym.

Wnioski o warunkowe PWZ złożyło trzech lekarzy - obywateli Białorusi:

- lek. Dzmitry Shkliarenka,
- lek. Dzianis Dashkevich,
- lek. Katsiaryna Miroschnichenko

W/w lekarze posiadają decyzje administracyjne Ministra Zdrowia na pracę w podmiocie do udzielania świadczeń zdrowotnych pacjentom chorym na COVID-19, a w związku z decyzją MZ z dn.01.04.2022 r. takich podmiotów już nie ma, co skutkuje umorzeniem wszystkich wniosków. Uchwały podjęto przy jednym głosie wstrzymującym.

Rejestracja podmiotów prowadzących szkolenie podyplomowe lekarzy

Firma MedicaRescue Łukasz Szymczyszyn zarejestrowana w naszej Izbie złożyła wnioski o przeprowadzenie kursów dla lekarzy stomatologów i o przyznanie punktów edukacyjnych. Temat kursu: „Medyczne czynności ratunkowe w gabinecie stomatologicznym”. Kursy od-

będą się w Warszawie, Łodzi, Kamiennej Górze i Tuszynie. Uchwały podjęto jednogłośnie i przyznano po 9 pkt. edukacyjnych za każdy kurs.

Zmiany w rejestrze indywidualnych praktyk lekarskich

Z Rejestru Indywidualnych Praktyk Lekarskich wykreślono trzy praktyki z powodu zgonu lekarza oraz jedną w związku zakończeniem działalności leczniczej złożył – uchwały podjęto jednogłośnie.

Przyznanie świadczeń z Funduszu Samopomocy

Do Funduszu wpłynął jeden wniosek o przyznanie pożyczki szkoleniowej - uchwałę podjęto przy 1 głosie wstrzymującym.

Wyznaczenie przedstawiciela OIL do Komisji Konkursowej

Dyrektor Specjalistycznego Szpitala w Branicach wystąpił do Rady o wyznaczenie swego przedstawiciela do komisji konkursowych na stanowisko:

- Naczelnej Pielęgniarki
- Pielęgniarki Oddziałowej w Ośrodku Terapii Uzależnień od Alkoholu

Rada desygnowała do Komisji kol. Arkadiusza Ramasa - uchwałę podjęto jednogłośnie.

Dyrektor ZOZ w Nysie wystąpił do Rady o wyznaczenie swego przedstawiciela do komisji konkursowych na stanowiska Pielęgniarek Oddziałowych:

- Oddziału Chorób Wewnętrznych A,
- Oddziału Okulistycznego,
- Bloku Operacyjnego,
- Oddziału Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej.

Rada desygnowała do Komisji kol. Adama Bąka - uchwałę podjęto przy 1 głosie wstrzymującym.

Dyrektor SP ZOZ MSWiA w Opolu wystąpił do Rady o wyznaczenie swego przedstawiciela do komisji konkursowej na stanowisko Pielęgniarki Oddziałowej Bloku Operacyjnego. Rada desygnowała do Komisji kol. Małgorzatę Łuszczynską-Ostrowską - uchwałę podjęto przy 1 głosie wstrzymującym.

Zmiany w wysokości składki członkowskiej

Wniosek o zwolnienie ze składki członkowskiej złożyła jedna osoba – uchwałę podjęto jednogłośnie.

Sprawozdanie z posiedzenia NRL i konwentu Prezesów ORL w dniu 03.06.2022 r.

• Posiedzenie Krajowej Komisji Wyborczej - 02.06.2022 r.

Przewodniczący: Jacek Kotuła

Plany działania: nowelizacja uchwały wyborczej w zakresie dostosowania jej do możliwości głosowania w for-

mie elektronicznej do Nadzwyczajnego Zjazdu Lekarzy w 2024

• **Wybory w NSL - 02.06.2022 r.**

Funkcję przewodniczącego NSL ponownie powierzono dr. n. med. Jackowi Miarce. Wiceprzewodniczącymi zostali lek. dent. Mariola Łyczewska oraz lek. Lešek Orliński.

• **NRL - 03.06.2022 r.**

Wybory składu Prezydium:

• Wiceprezysi: Klaudiusz Komor, Mateusz Kowalczyk, Paweł Barucha

• Sekretarz: Grzegorz Wrona

• Zastępca Sekretarza: Paweł Doczekalski

• Skarbnik: Grzegorz Mazur

• Członkowie Prezydium: Halina Borgiel-Marek, Damian Patecki, Mikołaj Sinica, Piotr Kalkowski, Dariusz Samborski

Powołano pełnomocnika NRL ds. lekarzy z niepełnosprawnościami: Oleg Nowak

Na posiedzeniu podjęto również uchwały ws. stałych komisji i zespołów NRL oraz wybrano ich przewodniczących:

- Komisja Etyki Lekarskiej – Artur de Rosier,
- Komisja Finansowo-Budżetowa – Jan Kowalcuk,
- Komisja Kształcenia Medycznego – Damian Patecki,
- Komisja ds. Lekarzy Emerytów i Rencistów – Stefan Sobczyński,

- Komisja Organizacyjna – Paweł Czekalski,
- Komisja ds. Młodych Lekarzy – Paweł Doczekalski,
- Komisja ds. Sportu – Marcin Szcześniak,
- Komisja Legislacyjna – Jerzy Jakubiszyn,
- Komisja ds. Egzaminów z Języka Polskiego dla Lekarzy Cudzoziemców – Mery Topolska-Kotulecka,

• Zespół ds. wizerunku zawodu lekarza i lekarza dentysty – Łukasz Szmygel,

• Zespół ds. Reformy Systemu Zgłaszania i Rejestrowania Zdarzeń Niepożądanych i Szkód w Ochronie Zdrowia – Piotr Pawliszak,

• Zespół ds. e-zdrowia – Michał Gontkiewicz.

NRL zadecydowała również o tym, kto będzie kierował pracami ośrodków:

• Ośrodek Współpracy Zagranicznej – Wojciech Domka,

• Ośrodek ds. Opiniowania Sądowo-Lekarskiego i Orzecznictwa – Ryszard Szozda,

• Ośrodka Bioetyki – Mariusz Goniewicz,

• Ośrodek Doskonalenia Zawodowego – Artur Drobniak,

• Ośrodek Kultury i Dziedzictwa Historycznego – Jarosław Wanecki.

Na stanowisko koordynatora Konwentu Prezesów Okręgowych Rad Lekarskich na okres IX kadencji NRL powołano Artura Płachtę.

Rzecznikiem Praw Lekarza została Monika Potocka.

Do pełnienia funkcji mediatora w NIL wybrano Marzenę Plucińską.

Podjęto następujące uchwały:

• Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej w sprawie zwołania Nadzwyczajnego XVI Krajowego Zjazdu Lekarzy

• Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej w sprawie upoważnienia do składania oświadczeń w zakresie praw i obowiązków majątkowych Naczelnej Izby Lekarskiej

• Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej w sprawie Konwentu Prezesów Okręgowych Rad Lekarskich

• Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej w sprawie powołania komisji i zespołów Naczelnej Rady Lekarskiej

• Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej w sprawie powołania przewodniczących komisji i zespołów Naczelnej Rady Lekarskiej

• Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej w sprawie Ośrodka Kultury i Dziedzictwa Historycznego Naczelnej Izby Lekarskiej

• Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej w sprawie powołania Zespołu roboczego ds. analizy wysokości składki członkowskiej

• Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej zmieniającej uchwałę w sprawie upoważnienia Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej do działania w imieniu Naczelnej Rady Lekarskiej

• Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej w sprawie upoważnienia Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej

• Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej w sprawie regulaminu funduszu celowego zdarzeń nadzwyczajnych

Sprawy różne i wolne wnioski

Wojewoda Opolski złożył wnioski o zaopiniowanie kandydatów na konsultantów wojewódzkich:

dr hab. n. med. Marek Gierlotka – kandydat w dziedzinie kardiologii;

dr n. med. Waldemar Kołodziej – kandydat w dziedzinie neurochirurgii.

Rada nie zgłasza zastrzeżeń do obu kandydatur na stanowiska konsultantów wojewódzkich – uchwały podjęto jednogłośnie.

Dyrektor SPZOZ w Głubczycach złożył wniosek o wyznaczenie przedstawiciela ORL w Opolu do składu Rady Społecznej SPZOZ w Głubczycach. Rada desygnowała lek. Jolantę Kiżys – uchwałę podjęto jednogłośnie.

Prezes przedstawiła sprawozdanie z posiedzenia Rady Społecznej Opolskiego Oddziału NFZ:

• poinformowano, że wszystkie nadwykonania zostały zapłacone;

• nadwyżka finansowa w kwocie 40 mln złotych została przekazana do Centrali NFZ w Warszawie;

• do NFZ w Opolu wpłynęło 130 skarg, w tym 52% były to skargi niezasadne;

• poinformowano, że po okresie pandemii NFZ rozpoczął kontrole na zasadzie tzw. „anonimowego pacjenta”.

Prezes Smerkowska-Mokrzycka przedstawiła sprawozdanie z posiedzenia Rady Społecznej USK w Opolu. Głównymi tematami były sprawozdania finansowe za 2021 r. (zysk finansowy ponad 800 tys. zł) i plany inwestycyjne USK na kolejne lata.





Kol. Iwona Gajda przedstawiła kilka problemów dotyczących pracy lekarzy POZ. Prezes zobowiązała trzech członków Rady do opracowania projektu przedstawiającego utrudnienia w pracy lekarzy POZ i wskazania możliwości ich rozwiązania.

Skarbnik OIL kol. Zbigniew Kowalik przedstawił aktualną sytuację finansową Izby i propozycje ograniczenia wydatków.

Prezes zobowiązała kol. Stanisława Kowarzyka do opracowania projektu Ankiety dotyczącej kolportażu Gazety Lekarskiej i Biuletynu OIL w Opolu w wersji pa-

pierowej. Ankieta będzie umieszczona w Biuletynie i na stronie internetowej Izby.

Przewodniczący Komisji Emerytów i Rencistów kol. Bogusław Kudyba złożył wniosek o dopisanie jednego lekarza do składu komisji, a kol. Barbara Hamryszak złożyła podobny wniosek o dopisanie trzech lekarzy dentystów do składu osobowego KS OIL - uchwały podjęto jednogłośnie.

Prezes poinformowała, że do Komisji Stomatologicznej Naczelnej Rady Lekarskiej IX kadencji desyguje się lek. dent. Barbarę Hamryszak, Wiceprezes ORL w Opolu - uchwałę podjęto jednogłośnie.

Na tym posiedzenie zakończono.

Sekretarz ORL

Lek. Małgorzata ŁUSZCZYŃSKA-OSTROWSKA

Prezes ORL

Lek. dent. Jolanta SMERKOWSKA-MOKRZYCKA

CÓRKI KAZIMIERZA JAGIELLOŃCZYKA

Kazimierz Jagiellończyk był synem Władysława Jagiełły i jego ostatniej czwartej żony, Sońki Holszańskiej. Ze swoją jedyną żoną Elżbietą Rakuszką (to staropolska nazwa Austrii) miał trzynaścioro dzieci, w tym sześciu synów, z których czterech było koronowanych: Władysław, król Czech i Węgier oraz królowie Polski Jan Olbracht, Aleksander, Zygmunt Stary. Pozostali synowie to Fryderyk, drugi po Zbigniewie Oleśnickim kardynał oraz św. Kazimierz, patron Litwy.

Córki Kazimierza Jagiellończyka i Elżbiety Rakuszki wychodziły przeważnie za książąt niemieckich, którzy byli skoligowaceni z licznymi władcami i królami europejskimi. Dlatego historycy uważają, że wszystkie panujące dwory monarsze mają swoich przodków z krwi Jagiellończyka po „Kądzieli”.

Oto jak wyglądały losy córek Kazimierza Jagiellończyka: Najstarsza (ur. 1457) osiemnastoletnia Jadwiga wyszła za mąż za Jerzego o przydomku „Bogaty”. Ślub

odbył się w Landshut (Bawaria). Z tej okazji zorganizowano turnieje rycerskie, a bawiło się, tańczyło i ucztywało dziesięć tysięcy gości. Od roku 1902 do dnia dzisiejszego organizowany jest na pamiątkę tego ślubu festyn corocznie ściągający tysiące turystów z Niemiec i zagranicy.



Kazimierz Jagiellończyk wg Theodora Mayerhofera

Niestety Jerzy okazał się pijakiem i rozpustnikiem i po dziesięciu latach oddalił małżonkę do zamku w Burghausen, gdzie Jadwiga zmarła w roku 1502. Jerzy Bogaty zmarł rok później z powodu marskości wątroby.

Barbara (ur.1478) wyszła za mąż za saskiego księcia Jerzego Brodatego z dynastii Wettinów (z tej dynastii pochodzili dwaj elekcyjni królowie polscy August II Sas i August III Sas). Para przeżyła trzydzieści lat i doczekała się dziesięciorga dzieci. Barbara Jagiellonka zmarła w roku 1534. Po jej śmierci Jerzy na znak żałoby zapuścił brodę, którą nosił aż do śmierci, czemu zawdzięcza przydomek „Brodaty”.

Anna (ur.1476) wyszła za mąż za księcia pomorskiego Bogusława X, któremu Pomorzanie nadali przydomek „Wielki” z uwagi na niezwykły talent polityczny i zdobycze terytorialne. Ślub odbył się na Zamku Szczecińskim w roku 1491. Anna Jagiellonka urodziła ośmioro dzieci. Zmarła w roku 1503 z powodu gruźlicy.

Zofia (ur. 1464) wyszła za mąż za Fryderyka Hohenzollerna. Ślub odbył się we Frankfurcie nad Odrą. Zofia urodziła osiemnastu dzieci, najwięcej wśród Jagiellonów. Jej synem był Albrecht urodzony w roku 1490. W wieku 21 lat został Wielkim Mistrzem Krzyżackim. To on złożył hołd lenny królowi Zygmuntowi Staremu (który formalnie był jego wujem) w dniu 10 kwietnia 1525 roku na Rynku Krakowskim (vide piękny obraz Jana Matejki „Hołd Pruski”). Zofia zmarła w wieku 48 lat.

Najmłodsza Elżbieta (ur. 1487) była ukochanym dzieckiem pary królewskiej. Wyszła za mąż za księcia legnickiego Fryderyka II. Zmarła po porodzie jedynej córki Jadwigi.

Kazimierz Jagiellończyk i Elżbieta Rakuszkanka mieli jeszcze dwie córki noszące to samo imię Elżbieta. Pierwsza z nich urodziła się w roku 1465 i zmarła po porodzie, druga urodzona w roku 1472 zmarła w wieku 8 lat.

Dr hab. n. med. Janusz KUBICKI



SZKOLENIE PROWADZONE W RAMACH KOMISJI KSZTAŁCENIA OIL NA II PÓŁROCZE 2022 r.

Temat szkolenia dla lekarzy stomatologów w dn. 28.X.2022 r. o godz. 10.00 „Komunikacja z pacjentem i zachęcenie do leczenia”. Czas trwania szkolenia: 4-5h. Szkolenie poprowadzi P. Kamil Kuczewski. Szkolenie od-

będzie się w siedzibie Opolskiej Izby Lekarskiej, ul. Grunwaldzka 23. Zapisy: sekretariat Izby, tel. 77/454-59-39 lub mail: opole@hipokrates.org

Małgorzata ŁUSZCZYŃSKA-OSTROWSKA

GOŚCINNE WYSTĘPY

TORPEDA NOWEJ GENERACJI

Kampanie wyborcze sugerują, że po ich zakończeniu natychmiast nastąpi zmiana na lepsze. Tymczasem szum informacyjny opada, a czekanie na poprawę zaczyna się dłużyć. Nudne stają się kąśliwe komentarze o poprzednikach. Zapowiedzi audytów trącą myszką. Frazesy o Stajni Augiasza nie usprawiedliwiają zastój. Wszystko wraca na dawne tory. Prawie wszystko, a to jednak czyni różnicę, nad którą warto się pochylić.

Samorząd przyszłości wystartował niczym torpeda, której celem było zniszczenie muru, okalającego średnio-wieczne horyzonty lekarzy i lekarzy dentystów. Polaryzacja, młodzi kontra doświadczeni, na szczęście spaliła na panewce. Okazało się bowiem, że nowy program tworzą nie młodzi w zastępstwie doświadczonych, ale wielopokoleniowe wybory personalne, ukryte pod hasłem „świeżej krwi” i co najwyżej pod kierunkiem młodszych niż dotychczas kolegów. Zmiana jest zatem w dużym zakresie wizerunkowa. Schemat zmiany jest tradycyjny. Szczególne wyzwania realizują „nasi”, a nie „tamci”, chociaż „tamci”, to jeszcze niedawno w znacznej części „my”, ale po zjazdowym liftingu struktur, staramy się o tym bardzo szybko zapomnieć.

Zastosowany na początku dziewiątej kadencji modernizm technologiczny, mógłby w istocie doprowadzić do odcięcia starszego pokolenia od źródeł informacji, ale natychmiast został zastopowany. Fantazja o całkowitej cyfryzacji samorządowych periodyków okazała się zbyt pochopna i wykluczająca. Wrzucenie wszystkiego do internetowych aplikacji jest oczywiście tańsze niż druk gazet i biuletynów, ale pytanie „co mam od izby w zamian za składkę?”, po ewentualnym odjęciu kolportażu prasy, dla wielu, nawet tych którzy segregują izbowe wydawnictwa w śmietniku, oznaczać będzie tylko jedną odpowiedź: „nic”.

Tymczasem każdy z samorządowców, w tym ja, chciałby pokazać owo ponadustawowe „coś”. Na pewno nie jest nim moderowanie opinii delegatów na Krajowy Zjazd Lekarzy. Cenzura przewencyjna na forum „KZL” to trud-

na do zrozumienia nowość. W zamian otrzymujemy prasowe „przekazy dnia”, wzorowane na partyjnych komunikatach. Jednolitość stanowisk, do której notabene dążyli wszyscy dotychczasowi prezesi, ma podkreślać monolit w dążeniu do wytyczonych celów. W całej akcji wyczuwam jednak niebezpieczny precedens. Skutek narzucania agendy jest raczej mizerny. Stuletnia historia samorządu uczy, że nigdy nie udało się podczas środowiskowych dywagacji, osiągnąć całkowitej zgody, choćby w jednym temacie. Zawsze znajdzie się jakiś felietonista, albo dentysta, który mówi, jak powinno być, a nie jest. Próba kneblowania zawsze podnosi poziom krzyku.

I tak oto wszystkie ręce widoczne na pokładzie wojennej maszyny medyków, która po raz kolejny wypłynęła przeciw organizacyjnej i systemowej degrengoladzie w ochronie zdrowia, są jak na razie iluzją przekazu medialnego. W rzeczywistości wykręcamy sobie palce w różne strony. Burza huczy wokoło nas, ale hasło słychać tylko jedno: „no-fault”.

Od kilku tygodni zastanawiam się, ile taka jednostronna strategia ma wad? O zaletach przekonują inni publicyści, więc nie będę powtarzał ich argumentów. Ale czy nadmierne skupianie się wokół wybranego tematu, w tak wielkiej korporacji, nie jest zbyt groźne. Przecież problemy w ochronie zdrowia pączkują, niczym komórki rakowe, niewrażliwe na ultra mocne sesje terapeutyczne. Szpitale nie dostały wystarczającej podwyżki, aby zrealizować nową siatkę płac minimalnych. Wszystko wskazuje na to, że reformatorskie pomysły ministra zostaną zawieszone na kołku, co akurat może być dla wielu menadżerów dobrą wiadomością. Drożyzna drenuje kieszenie we wszystkich sektorach. Wycena punktu stomatologicznego, spóźniona o kilka lat, nie dogoniła nawet własnego cienia. Ścieżka specjalizacyjna przeciętego lekarza dentysty urywa się nad przepaścią. Psychiatria dziecięca znika na naszych oczach. Listy kolejkowe do gabinetów prywatnych świadczą o porażającej niewydolności





publicznej opieki zdrowotnej. Zwiększyła się liczba chętnych do emigracji. Nie ma komu pracować. Pozyskanie asystenta graniczy z cudem, a oddziały nadal są zakładnikami rezydentów. Etos zamieniany na trzos, skutkuje „hejtem”, brakiem zaufania społecznego, ruchami proepidemicznymi i mniej lub bardziej wybujałymi roszczeniami. Stąd przecież bierze się odruch obronny pod nazwą „no-fault”. Zatem naprawa jednego ogniwa nie wyczerpuje systemowego łańcucha bez usterek.

Tymczasem zbliżają się polityczne kampanie wyborcze, w których zdrowie stanie się, jak zawsze, kartą przetargową partyjnych obietnic bez pokrycia. Łatwo wywróżyć, że lekarze będą winni za całe zło. Torpeda dziewięcioprocentowej składki zdrowotnej, jak na razie nie poprawiła dostępności, organizacji pracy, satysfakcji pacjentów, ani motywacji białego personelu. Przed nami równia po-

chyła w liczbie mnogiej. Główny cel, który chcemy osiągnąć jest mgławicowy i niesie konsekwentnie przemilczaną groźbę gwałtownego wzrostu kosztów ubezpieczeń, które w najgorszym scenariuszu, pokryjemy z własnych środków. Dlatego dywersyfikacja strategii mogłaby stać się ratunkiem w razie porażki wiodącego projektu.

Jaka byłaby wówczas różnica w porównaniu z dotychczasowym modelem samorządu? Organizacyjnie pewnie niewielka. Jednak problem frustrującego braku skuteczności naszych trzydziestoletnich wyrzutni, nie leży w strategii, logistyce, ani nawet w jakości pocisków, ale w silniejszym przeciwniku, którym w wielu wypadkach, jesteśmy sami.

Jarosław WANECKI

kierownik Ośrodka Kultury i Dziedzictwa Historycznego NIL

CO PISZĄ INNI

KOLEJNA DEFORMA OCHRONY ZDROWIA W POLSCE, CZYLI... RECEPTA BEZ DIAGNOZY

Pod koniec 2021 r. Ministerstwo Zdrowia opublikowało projekt ustawy o modernizacji i poprawie efektywności szpitalnictwa, zakładającej m.in. utworzenie Agencji Rozwoju Szpitali, która ma inicjować, monitorować oraz nadzorować procesy „modernizacji” szpitali, zmierzające do poprawy ich kondycji finansowej. Projekt przewiduje również podział wszystkich szpitali na cztery kategorie – od A (najwyższa – szpitale w dobrej kondycji) do D (najgorsza – szpitale, w których władzę praktycznie przejmie ARS), według kryteriów wyłącznie finansowych – wskaźników rentowności, płynności, zobowiązań. Już założenia takiej reformy budziły sporo zastrzeżeń, ale kiedy ostateczna wersja projektu ustawy ujrzała światło dzienne, słowa krytyki płyną nie tylko ze strony dyrektorów szpitali, medyków, samorządowców, ale nawet przedstawicieli partii rządzącej. W chwili, gdy przygotowujemy ten numer gazety do druku, przyszłość ustawy jest niepewna. Rząd podkreśla, że musi zostać wdrożona, bowiem reforma szpitalnictwa jest jednym z punktów Krajowego Planu Odbudowy. Jednak część dotycząca kategoryzacji szpitali, budząca najwięcej protestów, może pozostać w zawieszeniu.

O tym, dlaczego taka reforma nie może się udać i dlaczego w naszym kraju od wielu lat żadna reforma się nie udała, rozmawiamy z profesorem Iwoną Kowalską-Bobko, dyrektorem Instytutu Zdrowia Publicznego oraz kierownikiem Zakładu Polityki Zdrowotnej i Zarządzania Wydziału Nauk o Zdrowiu UJ CM.

Pani Profesor, projekt ustawy o modernizacji i poprawie efektywności szpitalnictwa krytykują chyba wszyscy poza jego autorami. Upraszczając, receptą na szpitalne długi ma być centralne sterowanie. Czy centralizacja może dać ochronie zdrowia w Polsce jakiegokolwiek korzyści?

Centralizacja to pojęcie bardzo obszerne, ocena zależy od tego, o jakim rodzaju centralizacji myślimy. Jeżeli mówimy o centralizacji zarządzania szpitalami, to większość systemów opieki zdrowotnej wykazuje trendy decentralizacyjne, a w systemach zarządzania szpitalami kładzie się nacisk na większą aktywność samorządu terytorialnego. Scentralizowane zarządzanie szpitalami sprawdza się tylko w małych krajach, takich jak Malta, Cypr czy Słowenia. Trudno przy kilku szpitalach, jakie działają w tych krajach, wprowadzać decentralizację. Natomiast jeśli myślimy o centralizacji własności, również mamy w Europie tendencje raczej decentralizacyjne. Możemy też mówić o centralizacji udzielania świadczeń, np. specjalistycznych. W tym przypadku integracja może być korzystna. Wyobraźmy sobie, że na terenie całego kraju musielibyśmy decentralizować dostępność do wysokospecjalistycznych świadczeń, najrzadziej wykonywanych czy najdroższych procedur. Byłoby to całkowicie nieracjonalne, nieefektywne, więc musimy koncentrować takie świadczenia tam, gdzie mamy większą populację, czyli w dużych miastach. Podkreślę jednak, że o ile między badaczami tej problematyki, ekspertami i większością znanych mi samorządowców kwestia zarządzania scentralizowanymi usługami medycznymi nie budzi

większych zastrzeżeń, o tyle scentralizowane zarządzanie szpitalami już tak – bardzo wielu ekspertów wypowiada się krytycznie wobec takiego kierunku zmian w Polsce.

Projektodawcy to zakładają, lecz krytykom trudno sobie nawet wyobrazić, by jedna Agencja „sterowała” wszystkimi publicznymi szpitalami w Polsce, by wszystkie podlegały jednej, centralnej strukturze, co do której zresztą też są poważne uwagi.

Teoretycznie nie wszystkie. Z projektu ustawy wynika, że Agencja nie będzie wkraczać do szpitali z grupy A i B. Natomiast może przejmować zarządzanie w szpitalach w złej kondycji finansowej, kategorii C i D, w celu poprawy ich sytuacji. Teoretycznie po to, by były bardziej efektywnie zarządzane i nie generowały więcej długów, co oczywiście będzie bardzo trudne. Jednak nie wyobrażam sobie, jakie panaceum znajdzie taka agencja, żeby szybko rozwiązać problem długów, które przecież towarzyszą polskiemu szpitalnictwu od wielu lat. Jaki to złoty środek, jaka to genialna instytucja, która nagle sobie z tym poradzi. No chyba, że tworzy się tę instytucję nie po to, by ratować szpitale, ale by je zamykać.

Już sama kategoryzacja budzi ogromne zastrzeżenia. Teoretycznie Agencja nie będzie ingerować w funkcjonowanie szpitali z grupy A i B, ale i tak każdy szpital ma jej raportować swoje wyniki finansowe. Patrząc na kryteria oceny, można mieć obawy, że nawet dobry szpital kliniczny, zadłużony nie ze swojej winy, może spaść do niższej kategorii, kiedy poza rachunkiem ekonomicznym nic się nie liczy. Niedawno „Gazeta Wyborcza” poinformowała, że w Ministerstwie Zdrowia dokonano wstępnej symulacji i na 574 szpitale 30 otrzymało kategorię D, z czego trzy na Podkarpaciu, dziewięć w województwie śląskim, pięć na Mazowszu, m.in. Narodowy Instytut Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji oraz Uniwersyteckie Centrum Kliniczne Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. Ważne kliniki – jest problem, ale na pewno nikt ich nie zamknie, Podkarpacie – jest problem, nie da się nawet zredukować zatrudnienia, bo to przecież matczynik rządzącej partii. Stąd też pomysł przyjęcia ustawy, ale z dłuższym vacatio legis dla systemu kategoryzacji.

To prawda, że kategoryzacja może dotknąć wszystkich. Nawet jeśli szpital trafi do kategorii A, ma być kontrolowany pod kątem osiągania zakładanych wskaźników. Co więcej, projekt ustawy nie wyłącza z tego kategoryzowania szpitali klinicznych, co zdarzyło się chyba po raz pierwszy. Jeśli taki szpital trafi do grupy C i D, może zostać „przejęty” przez Agencję, co jest już ogromnym problemem dla działalności szpitali klinicznych, bo pamiętajmy, że to nie jest tylko baza lecznicza, ale też baza dydaktyczna i naukowa. Bardzo mnie to zaskoczyło, ponieważ dotychczas szpitale kliniczne były pod ochroną przy wprowadzaniu reform dotyczących szpitali, np. komercjalizacji.

Skąd więc takie właśnie wskaźniki, czysto finansowe...

Wskaźniki, które tworzy się do oceny szpitali, nie są złe, pod warunkiem że sprzyjają dążeniu do poprawy efektyw-

ności, nie służą jedynie przejmowaniu czy kontrolowaniu szpitali. Możemy na przykład przyjąć pewne wskaźniki z ustawy o jakości w ochronie zdrowia, która jest kolejnym pomysłem na reformy, i te wskaźniki będą dotyczyć właśnie bardziej efektywnych, projakościowych zasad działania. Dodatkowo możemy motywować szpital, przyznając za wysoką jakość i dobrą kondycję finansową określone bonusy przy kontraktowaniu świadczeń przez NFZ. Prosty mechanizm – szpital osiąga założony wskaźnik, więc dostaje więcej pieniędzy. Takie postępowanie, gdzie nagradza się efektywność działania, byłoby najbardziej pożądane. Natomiast wskaźniki przyjęte w ustawie o modernizacji szpitali w większości mają służyć tylko głębokiemu nadzorowi, więc trudno się dziwić, że wszyscy ustawę krytykują. Myślę, że odłożenie jej realizacji na później to najbardziej godny sposób wycofania się z kiepskiego pomysłu.

Jeśli jednak ta restrukturyzacja jest kamieniem milowym KPO?

Rzeczywiście, w wielu dokumentach unijnych mówi się o potrzebie wzmocnienia szpitalnictwa w

Polsce, co wydaje się przecież oczywiste, i wspomina o deinstytucjonalizacji oraz wzmocnieniu opieki otwartej. Są to ważne cele systemowe, lecz niekoniecznie od razu kamienie milowe.

Niedawno, na fali krytyki proponowanej reformy, swój pomysł na uzdrowienie systemu opieki zdrowotnej w Polsce przedstawił Związek Powiatów Polskich. Pomysł do dyskusji, lecz również on może budzić niepokój, bo zakłada znaczne zwiększenie kompetencji władz powiatowych.

Uważam, że powiat powinien być zaangażowany w zapewnienie dostępności do świadczeń zdrowotnych swoim mieszkańcom i powinien odpowiadać za infrastrukturę, także szpitalną, lecz nie wszystkich szpitali. Szpitale powiatowe są bardzo zróżnicowane, małe i duże. Od dłuższego czasu ze współpracownikami, m.in. z doktor Małgorzatą Gałązką-Sobotką z Uczelni Łązarskiego, krzewimy pomysł kompleksowego, podstawowego zabezpieczenia zdrowotnego na poziomie powiatu. Polegałoby to na zintegrowaniu POZ i w specjalistycznej opiece ambulatoryjnej w podstawowym obszarze oraz szpitala powiatowego, ale tylko małego i w najpotrzebniejszym zakresie. Pozostałe szpitale powinny zostać przekazane pod nadzór samorządów wojewódzkich, które, moim zdaniem, już dziś nieźle sobie radzą w wypełnianiu obowiązków właścicielskich w stosunku do szpitali.

Koncepcja „Powiatowego Systemu Ochrony Zdrowia” jest podobna do tej propozycji.

Zauważmy, że dziś odpowiedzialność gminy za POZ – bo to gmina za nią odpowiada – jest właściwie żadna. W większości sprywatyzowane gabinety nie mają bodźców, by się integrować i transformować w dobrym kierunku. Gdyby powiat wyposażono w odpowiednie narzędzia do organizacji podstawowego zabezpieczenia zdrowotnego, gdyby na jego terenie doszło do integracji POZ, AOS, szpitali pierwszego poziomu zabezpieczenia szpitalnego,



ale też profilaktyki, rehabilitacji i nocnej opieki, powstałby może lepszy, bardziej satysfakcjonujący wszystkich system. Powiat ma kompetencje i możliwości, by zarządzać taką strukturą. Natomiast mam poważne wątpliwości – choćby patrząc na to, ile szpitali powiatowych jest zadłużonych – czy powiat jest w stanie zarządzać dużymi strukturami szpitalnymi. I mocno wątpię, czy jest kompetentny, by na przykład negocjować szpitalne kontrakty z NFZ. Samorząd powiatowy raczej nie podejmie też decyzji o zamknięciu czy ograniczeniu działalności szpitala, ponieważ to oznaczałoby narażenie się wyborcom. O efektywności zarządzania w tym przypadku nie ma mowy.

Nie ma jednej odpowiedzi na pytanie, jak zreformować ten system. Zresztą, nie ma idealnego systemu ochrony zdrowia. Jednak widzimy, że nie podejmuje się też najprostszych działań, które szybko uzdrowiłby jakiś fragment tej rzeczywistości.

Oczywiście, nawet jeśli mamy oryginalne pomysły, wymagają one dodatkowych badań, weryfikacji w danym czasie i miejscu. Pamiętajmy, że system zdrowotny i potrzeby zdrowotne są zmienne, a te zmiany mogą być bardzo gwałtowne, co udowodniła pandemia i fala uchodźców napływających do nas z dotkniętej wojną Ukrainy. Wiele czynników wpływa na system i na konieczność modyfikacji pomysłów. Jednak to, co mnie nieustannie zadziwia i jest też według mnie przyczyną braku efektywności, to fakt, iż niewielu decydentów patrzy na system zdrowotny jako całość. Większość próbuje wyrwać z tego tortu kawałek i np. proponuje reformę szpitalnictwa, lekceważąc fakt, że funkcjonowanie szpitali jest powiązane z POZ i AOS, że wszystkie te kawałki składają się na cały tort. Te puzzle trzeba połączyć w jeden obrazek. Klęska kolejnych reform z tego właśnie wynika – z fragmentarycznego podejścia do problemów. Mamy za mało specjalistów, którzy potrafią całościowo spojrzeć na system ochrony zdrowia, a na to jeszcze nakładają się doraźne cele polityczne. Obserwuję system i zajmuję się nim zawodowo mniej więcej od końca lat 90. i widziałam tylko jednego ministra zdrowia, który próbował stworzyć taką kompleksową konstytucję systemu ochrony zdrowia, popatrzyć na niego holistycznie. Była to Franciszka Cegielska. Reforma fragmentu nie tylko nie poprawi niczego, a może jeszcze pogorszyć sytuację. Oczywiście, patrząc całościowo, też trzeba zidentyfikować kolejne etapy zmian, nie da się wszystkiego naraz zreformować. Ale jeżeli wymyślimy dobrą koncepcję, możemy ją stopniowo realizować i wszystko będzie do

siebie pasować. Decydenci nie mogą się jednak bać, czyli... znowu wchodzimy w bieżącą politykę. Nie zawsze decyzje dobre dla systemu są jednocześnie dobre dla celów politycznych. Najprostszy przykład – współpłacenie. Żaden polityk nie odważy się tego wprowadzić, a istnieje mnóstwo dowodów, naukowych analiz i praktycznych obserwacji, że współpłacenie może być dla systemu bardzo korzystne. I jeśli się chce, można też zyskać społeczną akceptację dla takiego rozwiązania. W najwyższej ocenianych w Europejskim Indeksie Konsumenckim systemach ochrony zdrowia, czyli np. w Szwajcarii i Holandii, funkcjonuje właśnie współpłacenie za świadczenia.

Jednak decydenci nie chcą widzieć tego, co oczywiste...

Bo nie pozwala na to bieżąca polityka. Swoim studentom tak to tłumaczę – w języku angielskim mamy dwa słowa na określenie polityki: policy i politics. My, obserwatorzy, cały czas myślimy o policy – czyli o polityce racjonalnej, o planowaniu, ocenie sytuacji, jej monitorowaniu, lecz taka polityka jest rzadkością. Na co dzień mamy do czynienia z politics, czyli działaniem po to, by zdobyć i utrzymać władzę. Dlaczego w sektorze ochrony zdrowia brakuje pieniędzy? Bo się przesuwają na inne sektory, by zadowolić określone grupy wyborców. Oczywiście te grupy często też potrzebują wsparcia, jednak zawsze jest wybór, a zdrowie przegrywa. Na tę politykę mogą się jeszcze nałożyć kryzysy, choćby takie, jak pandemia, szczególne interesy polityczne i inne uwarunkowania, co tym bardziej powinno przekonać, że konieczny jest dobry, spójny plan, kompleksowa reforma, ponieważ dobrze funkcjonujący system lepiej radzi sobie z każdym kryzysem. My radzimy sobie słabo.

Słabo to za dużo powiedziane...

Czasami, by poprawić coś w skali makro, trzeba zacząć od tej mikro. Ze spotkań z dyrektorami szpitali i innych placówek medycznych wiem, że ci ludzie mają mnóstwo problemów, które można niekiedy łatwo rozwiązać. Gdyby ktoś ich posłuchał i chciał pomóc, czasem wystarczyłoby podjęcie decyzji na poziomie NFZ, Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji czy innych instytucji, bez ustaw i angażowania decydentów politycznych z najwyższych szczebli. Jeśli zaczniemy naprawiać drobne usterki, całościowy obraz również będzie lepszy. Niestety, żadnej z ostatnich propozycji reform nie mogę ocenić pozytywnie, żadna nie budzi nadziei na naprawę systemu ochrony zdrowia w Polsce.

*Rozmawiała Jolanta GRZELAK-HODOR
(przedruk z „Galicyskiej Gazety Lekarskiej” nr 3/22)*

BEZ SKRUPUŁÓW

Skoro można politycznie zarządzać pandemią, to czy uda się rozliczyć polityków z ich wypowiedzi i zachowań podczas pandemii?

Dostało się lekarzom za wirusa. Bo kto inny, niż medycy właśnie, miałyby odpowiadać za pół miliona przypad-

ków niewyjaśnionych gorączek? Za to, że mimo uszczelnienia granic oraz niemal stuprocentowej izolacji bakcyl przedostał się do kraju i zaatakował jego 25-milionową populację? Po co w końcu są lekarze, jeśli nie potrafili ochronić społeczeństwa przed tą wielką katastrofą,

złośliwą epidemią i omikronem. Przez dwa lata wszystko szło świetnie, nie sprowadzano więc z zagranicy testów ani szczepionek, bo koronawirus nie miał wstępu do kraju odizolowanego od reszty świata. Aż tu nagle...

Mowa o Korei Północnej, skąd w połowie maja wydostały się informacje, że ludzie zaczynają umierać z powodu COVID-19, a pół miliona osób skarżyło się na gorączkę o „nieustalonym podłożu”. Trudno bez odpowiedniej diagnostyki je ustalić, a tamtejszej ochronie zdrowia – z woli politycznej – nie zagwarantowano dostępu do niczego, co może być potrzebne w walce z koronawirusem. Ale Kim Dzong Un na spotkaniu Biura Politycznego nie miał wątpliwości (przemówienie dyktatora transmitowała państwowa telewizja i cytowała Koreańska Centralna Agencja Informacyjna, więc jego treść przechwyciły zagraniczne media), że „za tą wielką katastrofę odpowiada niekompetencja biurokratów i medyków”. Ani słowa o tym, że zdaniem ekspertów gwałtowne rozprzestrzenienie się wirusa mogło nastąpić już pod koniec kwietnia, a przyczyniła się do tego defilada wojskowa w stolicy – Pjongjang, podczas której reżim chwalił się najnowszymi rakietami i osiągnięciami wojskowego programu nuklearnego. Tysiące osób bez maseczek stłoczonych na trybunach, choć na świeżym powietrzu, pewnie nie było świadomych, że jednak przez zamknięte granice SARS-CoV-2 do ich kraju przeniknął. Akurat szybko rozprzestrzeniający się wariant omikron nie musiał pokonywać długiej drogi, gdyż tej wiosny to kraje dalekiej Azji stały się globalnym centrum pandemii.

Chiny stanowią wręcz modelowy przykład rywalizacji polityki z epidemiologią (a zarazem ugięcia się jej pod ciężarem epidemii). Najludniejszy kraj świata, który chciał być prymusem w radzeniu sobie z pandemią, choć zamknięty dla turystów niemal od jej początku w 2020 r. i wyznający zasadę „zero COVIDU”, od połowy kwietnia wprowadził w wielu regionach lockdown na niespotykaną wcześniej skalę. Na długie tygodnie ludzie zamknięci zostali w domach, bo zgodnie ze wskazówkami chińskich władz tylko izolacja może zdusić omikronową falę zakażeń. Taka strategia została zakwestionowana przez ekspertów Światowej Organizacji Zdrowia, ale kto by się przejmował ich opiniami w kraju liczącym miliard obywateli (w którym pojedyncze miejscowości mają większą liczbę mieszkańców niż pół Polski), gdzie wszyscy przyzwyczajeni są do przymusu i ścisłej kontroli. Wszelkie przejawy krytyki w mediach społecznościowych są cenzurowane i tłumione. Ale nie ma się co dziwić, skoro chiński przywódca Xi Jinping będzie w drugiej połowie roku ubiegał się na XX Zjeździe Partii Komunistycznej o przedłużenie panowania na trzecią już kadencję. Z jednej strony uwięzienie ludzi uderza w gospodarkę i wywołuje bunt, ale z drugiej swobodne rozprzestrzenianie się wirusa w społecznościach nieudopornionych (bo chińskie szczepionki nie są efektywne w przypadku wariantu omikron) spowodowałoby jeszcze wyższą falę

zakażeń, a pewnie i zgonów w starszej populacji. Na to żaden polityk pozwolić sobie nie może.

Trudniej pokonuje się pandemię z władzą, która ma społeczeństwo propagandowymi sztuczkami i kieruje się politycznym wyrachowaniem. Ale, by przekonać się o tym na własnej skórze, nie trzeba jechać do Azji. Premier Wielkiej Brytanii Borys Johnson stąpił po cienkim lodzie w związku z nieprzestrzeganiem lockdownowych obostrzeń przez niego i osoby z jego najbliższego zaplecza politycznego, a i nasz rząd udowodnił wielokrotnie, że ważniejsze podczas najostrzejszych fal pandemii są słupki poparcia niż opinie ekspertów. Przyznał to zresztą sam minister zdrowia, mówiąc w jednym z wywiadów, że decyzje podejmowano zawsze „w jakimś otoczeniu, warunkowane były jakimiś sytuacjami i siłami politycznymi”. „Sztuką nie jest mieć dobre pomysły, ale mieć pomysły, które będą wdrażane” – podsumował Adam Niedzielski. Potwierdził więc surową ocenę opozycji, że rząd od końca lata ubiegłego roku wołał nie potęgować restrykcji, mając świadomość, że przy rozłamie w szeregach Zjednoczonej Prawicy nie warto ich zastosowania nawet poddawać pod głosowanie.

Po stanowczym przeciwstawieniu się SARS-CoV-2 wiosną 2020 r. i szybkim wprowadzeniu lockdownu w obliczu kolejnych fal rząd miękł i wikłał się w polityczne konszachty ze swoim zapleczem w Sejmie oraz mocno antynaukowym elektoratem. Lekceważące nastawienie do pandemii niektórych znaczących polityków tylko wzmacniało przeciwników szczepień i tzw. koronasceptyków. Skąd zatem zdziwienie, że tak wielu nie chciało się szczepić, nie zakładało maseczek, nie miało zamiaru respektować żadnych ograniczeń? Od początku mieliśmy w Polsce problem z przestrzeganiem obostrzeń, w dodatku przez osoby, które powinny być wzorem, gdyż same ustalały reguły gry. A to minister Michał Dworczyk (ten sam, którego prezes Naczelnej Rady Lekarskiej minionej kadencji uhonorował na Krajowym Zjeździe Lekarzy statuetką Hipokratesa „za działania w pierwszych miesiącach pandemii”) przyłapano został bez maseczki na widowni, a to premiera Morawieckiego sfotografowano bez niej na Śląsku, w restauracji, gdy złamał też zasadę dystansu, i to w okresie, kiedy obywatelom wydano instrukcje pozostawania w domach i wzajemnej ochrony.

Wielokrotnie wyśmiano już wiceministra zdrowia Waldemara Kraskę za wypowiedź o genie sprzeciwu, który rzekomo tkwi w polskim (narodowym?) DNA, i usprawiedliwianie nim lekceważenia obostrzeń. Ale tym, co ów gen szczególnie uaktywnia, jest zachowanie ludzi znanych z pierwszych stron gazet i mediów społecznościowych, uchodzących za autorytety lub ideowych patronów.

Tymczasem ujawniony niedawno raport Światowej Organizacji Zdrowia na temat rzeczywistej liczby ofiar śmiertelnych pandemii wystawia bardzo złą ocenę nie środowiskom medycznemu, lecz politykom, na których spoczywa odpowiedzialność za ochronę ludności również przed takimi zagrożeniami jak wirusy. Podczas pande-



mii zmarło bowiem prawie 15 mln osób więcej niż w normalnych czasach. I przytłacza nie tyle liczba, ile główny wniosek zawarty w dokumencie: w wielu krajach nie zliczano starannie śmiertelnych przypadków koronawirusa, przez dwa lata dane na ten temat były z powodów politycznych zaniżane lub wręcz utajniane.

W Polsce sytuacja też nie była krystaliczna, bo mieliśmy ogromne problemy z uzyskaniem faktycznego obrazu skali śmiertelności. Dziś już wiadomo z raportów USC i GUS, że COVID-19 był przyczyną ponad 216 tys. nadmiarowych zgonów, a przewidywana długość życia przeciętnego 60-lataka skróciła się w naszym kraju w ciągu ostatniego roku o 9 miesięcy (licząc od 2020 r. – o ponad 22 miesiące). Staliśmy się też europejskim liderem z ha-

niebnym 26% wzrostem śmiertelności całkowitej. Czy ktoś zostanie politycznie pociągnięty do odpowiedzialności za ten wstydlivy wynik? W wielu państwach polityka społeczna prowadzona podczas pandemii w niewielkim stopniu zminimalizowała jej skutki, ale czy rządzący zostaną kiedykolwiek rozliczeni przez swoich obywateli? W Polsce taka okazja pojawi się pewnie podczas najbliższych wyborów. Tylko czy wtedy o tysiącach zgonów z powodu SARS-CoV-2 będziemy jeszcze pamiętać? Bo jedno jest pewne: władza tego nie chce, woli pieczołowicie upamiętniać inne narodowe tragedie.

Paweł WALEWSKI
Autor jest publicystą „Polityki”.
(przedruk z „Pulsu” nr 6/22)

#SPRAWDZAM - NADMIAROWE ZGONY

W połowie czerwca Eurostat podał najnowsze, kwietniowe, dane na temat nadmiarowych zgonów w Unii Europejskiej. W porównaniu ze średnią z lat 2016–2019 liczba takich zgonów wzrosła o 10%. Polska plasuje się niemal w unijnej średniej (11%), ale powodów do optymizmu brak.

Rozpiętość między poszczególnymi krajami członkowskimi jest ogromna: Szwecja odnotowała ujemny wskaźnik zgonów nadmiarowych w kwietniu (-5%), Grecja – wyższy aż o 28%. Blisko granicy 20% znalazły się m.in. Irlandia i Austria. Na tym tle nasze 11% wygląda całkiem nieźle. Jednak trzeba na nie spojrzeć szerzej, przez pryzmat ostatnich już ponad dwóch lat. Od jesieni 2020 r. Polska w kolejnych falach osiągała poziom nadmiernej liczby zgonów 2,5 razy, a nawet blisko trzykrotnie wyższy niż unijna średnia. Z danych Eurostatu i OECD wynika, że Polska ma jeden z największych wśród krajów wysokorozwiniętych wskaźników nadmiarowej umieralności.

Minister zdrowia Adam Niedzielski od pewnego czasu – w ostatnich tygodniach zwłaszcza – dobitnie powtarza tezę, że odpowiedzialni za nadmierną liczbę zgonów są sami Polacy. Jego zdaniem z przeanalizowanych (przez urzędników Ministerstwa Zdrowia oraz NIZP PZH PIB) danych wynika, że tak duża liczba nadmiarowych zgonów jest „spowodowana złym stanem zdrowia Polaków, a nie ograniczoną dostępnością pomocy lekarskiej w trakcie pandemii”. Zły stan zdrowia zaś, znów, nie jest winą niedoskonałego systemu ochrony zdrowia, ograniczonej dostępności świadczeń, tylko złymi nawykami zdrowotnymi, zaniedbaniami w profilaktyce, unikaniem badań etc. Oręż do ręki ministrowi włożyli zresztą sami obywatele, nie kwapiąc się do udziału we flagowym programie „Profilaktyka 40+” (według danych MZ wzięło w nim udział do tej pory około 600 tys. z 20 mln uprawnionych). Minister mówi o konieczności zmiany paradygmatu, ogłasza przedłużenie programu dla 40+ i wzmocnienie medycyny pracy. I, jakżeby mogło zabraknąć tego elementu, powołuje zespół, którego zadaniem będzie analiza sytuacji zdrowotnej ludności w czasie pan-

demii oraz ocena jej konsekwencji zdrowotnych. W skład zespołu wchodzi wyłącznie urzędnicy resortu i instytucji podległych Ministerstwu Zdrowia. I już dziś można postawić dolary przeciw orzechom, że wszystkie tezy ministra znajdą potwierdzenie w raporcie.

Niezależni eksperci mówią jednak, że choć obciążenia zdrowotne społeczeństwa (nie tylko polskiego, w gorszym stanie zdrowia od społeczeństw Europy Zachodniej i Południowej jest większość mieszkańców dawnego bloku komunistycznego) z pewnością miały znaczenie dla przebiegu pandemii, kluczowe dla bilansu zgonów są zupełnie inne czynniki. Po pierwsze, błędy w walce z pandemią (odwołanie zagrożenia latem 2020 r. z przyczyn politycznych i zmarnowany czas, który powinien zostać przeznaczony na przygotowanie do jej kolejnych fal, pochopna decyzja o otwarciu niegotowych do działania w warunkach pandemii szkół, błędna strategia testowania ogłoszona przez Adama Niedzielskiego na początku września 2020 r. – żeby wymienić tylko te, które zaowocowały potężną falą zakażeń i zgonów jesienią 2020). Po drugie, źle zaprojektowany program szczepień, co przełożyło się na jeden z najniższych w UE poziomów zaszczepienia. Po trzecie, fatalne prawodawstwo i komunikacja, które uniemożliwiły egzekwowanie stosowania środków bezpieczeństwa (maseczek, limitów itd.).

To, że eksperci mają rację, a nie minister (lub więcej racji niż on), obrazują wykresy zgonów nadmiarowych. W Polsce wypiętrzają się one trzykrotnie, osiągając wartości 2,5–3 razy większe niż unijna średnia. Skumulowane w czasie zgony są następstwem bardzo wysokiej liczby zakażeń, której nikt – ani władze, ani społeczeństwo – nie mogło (lub nie chciało) zapobiegać. Ani nawet o niej wiedzieć, bo niby skąd, skoro w testowaniu sięgniemy dna. A konkretnie – 99. miejsca w świecie (z wynikiem nieco ponad 964 tys. testów na 1 mln mieszkańców, gdy wskaźnik minimum 1 mln testów zanotowało 97 krajów świata).

Małgorzata SOLECKA
(przedruk z „Pulsu” nr 7-8/22)

REJESTR CIĄŻ – CZY JEST SIĘ CZEGO OBAWIAĆ? I TAK, I NIE!

Minister Zdrowia dr Adam Niedzielski 3 czerwca podpisał nowelizację Rozporządzenia z 2020 r. w sprawie: szczegółowego zakresu danych zdarzenia medycznego przetwarzanego w systemie informacji oraz sposobu i terminów przekazywania tych danych do Systemu Informacji Medycznej. W oparciu o ten dokument usługodawca będzie zobowiązany do przekazania do SIM m.in. informacji o ciąży pacjentki, której udziela świadczenia medycznego. I nie byłoby w tym nic niezwykłego, gdyby nie kilka istotnych wątpliwości.

Po pierwsze

System Informacji Medycznej, funkcjonujący aktualnie, nie jest narzędziem dokonującym całościowej rejestracji danych medycznych wszystkich pacjentów, co teoretycznie mogłoby pozwolić na analizę tych danych i wyciągnięcie wniosków służących poprawie polityki zdrowotnej państwa. Myślę, że to marzenie większości z nas. Tymczasem bardzo daleko nam do rejestrów funkcjonujących choćby w krajach skandynawskich, gdzie na podstawie danych demograficznych i medycznych podejmuje się decyzje służące zdrowiu publicznemu. A SIM nie jest i zapewne jeszcze długo nie będzie narzędziem, które będzie można uznać za użyteczne i bezpieczne. Tym bardziej, że zmiany wprowadza się nie jako ustawę, która jasno mogłaby określić sposób i zakres zabezpieczenia danych, ale Rozporządzenie, na podstawie którego dostęp do nich w sytuacjach szczególnych, wbrew Konstytucji, miałyby sądy i prokuratura. Ale jasnym jest, że nie budzi emocji przekazanie do SIM informacji o np. grupie krwi, tylko o ciąży!

Jaki to problem? Zapewne nie lekarski!

W trakcie udzielania świadczeń medycznych i ordynowania odpowiedniego leczenia to dla nas oczywiście istotna informacja, ale uzyskujemy ją bez najmniejszego problemu w trakcie badania pacjentki. I nie potrzebujemy do tego żadnego systemu. To ewidentnie problem... polityczny, ponieważ to właśnie politykom zależy, aby uzyskać systemowe informacje o tym, kto jest w ciąży, i w domyśle, kiedy przestał w tej ciąży być. My, medycy, istotne dane zbierzemy w trakcie naszej pracy. Po co zatem politykom te dane? Dla dobra pacjentek? Biorąc pod uwagę to, jak niedoskonałym narzędziem jest SIM, dane wprowadzane do systemu nie pozwolą na wyciągnięcie jakichkolwiek konkluzyjnych wniosków w zakresie zdrowia Polek i Polaków.

Gdyby nie kontekst wydarzeń z 2020 r. ...

...zmieniających prawa w zakresie możliwości przerywania ciąży, mógłbym pomyśleć, że rejestrowanie ciąży jest zwyczajnie niepotrzebne. Że to irrelevantne dane, które są przedwczesną i nieudolną próbą budowania całościowego systemu informacyjnego o zdrowiu obywateli. Ale to nie takie proste i podzielam niepokoje samych pacjentek. Strach tych wszystkich par, które obawiają się, że mogą dotknąć ich represje związane z tym, że w przypadku

poronienia, kiedy ciąża „zniknie” z SIM, aparat państwa może zacząć się interesować, co też się z nią wydarzyło.

Zawsze miałem przekonanie, że chęć zostania rodzicem jest tak silnym uczuciem, że pary pomimo przeciwności będą jednak do rodzicielstwa dążyły. Realia życia brutalnie zweryfikowały moje myślenie, bo od czasu wprowadzenia decyzją Trybunału Konstytucyjnego praktycznie zakazu przerywania ciąży słyszałem wielokrotnie, że kobiety chcą odsunąć w czasie plany reprodukcyjne. Słyszałem, że pary poczekają na „lepszy czas” lub muszą się przygotować mentalnie, organizacyjnie i finansowo na ewentualność bycia w ciąży, gdzie płód obciążony będzie ciężkimi, nieodwracalnymi i nieuleczalnymi wadami, a oni wiedzą już dziś, że będą chcieli przerwać taką ciążę. Dziś natomiast słyszę, że pary w obawie przed represjami związanymi z ewentualnym dokonaniem aborcji już „nie zamierzają zachodzić w ciążę”. Dla mnie oczywistym jest, że tzw. rejestr ciąży staje się też problemem demograficznym i bezpośrednio wpływa na zdrowie reprodukcyjne oraz problemem medycznym – wywołuje strach, niepokój, obawy i wymusza zmianę zachowań. Zmianę planów w zakresie rozrodczości, która nie jest pożądaną, ale wymuszoną. Ten efekt mrozący zmiany ustawy i teraz wprowadzonego rozporządzenia powoduje pogorszenie zdrowia psychicznego par. A to już problem medyczny.

Co warto podkreślić

W Polsce nadal jeszcze nie podlega karze kobieta, która samodzielnie przerywa swoją ciążę ani kobieta, która dokona tego poza granicami Polski. Staram się, aby to głośno wybrzmiewało i informuję o tym te wszystkie pary, które niepokoją się zmianami w Polskim prawie. Jednak to nie wystarczy. Kiedy mówię, chcąc uspokoić pary, że według mnie taki rejestr ciąży nie jest problemem – słyszę, że nie żyjemy w próżni i wiemy, jaki jest klimat polityczny. Pary słyszą narrację polityków, widzą, jakie działania są podejmowane i zwyczajnie obawiają się kłopotów. Być może na wyrost. Tych potencjalnych kłopotów i braku wsparcia, kiedy chcieliby podjąć suwerenną decyzję dotyczącą ich zdrowia i dalszego trwania ciąży. Teraz dodatkowo boją się, że... „Panie doktorze, przecież to prosta droga, by przesłuchiwać mnie, jak w Salwadorze, czy poroniłam naturalnie, czy może... to była aborcja!”

O autorze: adiunkt p. o. kierownika Katedry Perinatologii, Ginekologii i Ginekologii Onkologicznej z Zakładem Medycyny Rozrodu i Andrologii UMK CM w Bydgoszczy, dyrektor medyczny kliniki LEKARZE Mostowa4 w Bydgoszczy i prezes Zarządu POLSKIE LECZNICE Sp. z o. o., kierownik Oddziału Położniczo-Ginekologicznego Szpitala Św. Wojciecha w Gdańsku COPERNICUS Podmiot Leczniczy Sp. z o. o., członek Zarządu Sekcji Perinatologii Polskiego Towarzystwa Ginekologów i Położników oraz sekretarz Oddziału Pomorskiego PTGiP, członek Okręgowej Rady Lekarskiej Bydgoskiej Izby Lekarskiej.

Maciej W. SOCHA

(przedruk z „Primum” nr 7-8/22)

O PRESTIŻ MUSIMY ZADBAĆ SAMI

W kwietniu 2022 r. agencja badawcza SW Research na reprezentatywnej grupie 1014 osób, w ramach badania wykonanego już po raz drugi u dorosłych Polaków, przeprowadziła badania dotyczące prestiżu zawodów. Największym prestiżem cieszą się niezmiennie: strażacy (81% respondentów uznało, że darzy ten zawód dużym lub bardzo dużym poważaniem), ratownicy medyczni (80%), lekarze (72%, i pielęgniarki (70%). Zawód pielęgniarki stracił 4 punkty procentowe w stosunku do badania z ubiegłego roku, natomiast zawód lekarza zyskał 2 punkty procentowe.

Jak wynika z cytowanego badania, w 2022 r. nadal w hierarchii zawodów lekarz jest sytuowany bardzo wysoko. Niewątpliwie wpływ na te wyniki badań miały postawy lekarzy w trakcie pandemii. Czas pandemii, jaki zdominował nasze życie na przestrzeni ostatnich dwóch lat, odcisnął istotne piętno na życiu lekarzy i na postrzeganiu naszej pracy przez społeczeństwo. W pandemii - jak można było się spodziewać - wzrósł prestiż zawodów medycznych. Wynika to z faktu, iż ratowanie zdrowia i życia w okresie pandemii, a więc z narażeniem własnego zdrowia, wiązało się z poświęceniem, co w naturalny sposób przekłada się na wzrost prestiżu i szacunku dla lekarzy. Nasza grupa zawodowa, jak żadna inna w tym okresie, stanęła przed egzaminem z powołania lekarskiego. Okres ten przyczynił się do odbudowy prestiżu zawodu lekarza. Ofiarna praca tysięcy lekarzy, z narażeniem życia i zdrowia swojego i swoich rodzin, w szpitalach tymczasowych utworzonych dla chorych zarażonych wirusem SARS-CoV-2 była wysoko oceniana przez społeczeństwo. Ten idealistyczny obraz zakłóciły nieco wiadomości o poradniach, gdzie przez wiele miesięcy chorzy mogli korzystać tylko z teleporad.

A jednak nasza profesja sporo straciła w ostatnim czasie

Czy rzeczywiście jest tak dobrze z prestiżem zawodu lekarza i postrzeganiem nas przez społeczeństwo? Niezależnie od powyższych wyników badań różnych agencji, musimy przyznać, że nasza profesja sporo straciła w ostatnim czasie na szacunku społeczeństwa. Złożyło się na to wiele czynników. Uparcie powtarzane w mediach określenia: świadczeniodawca, świadczeniobiorca, świadczenie - zamiast lekarz, chory, porada lekarska, przyczyniają się do zrównania porad lekarskich z innymi obszarami życia gospodarczego i komercjalizacji postaw w ochronie zdrowia. Społeczna funkcja lekarza, tak ważna w minionych wiekach, obecnie wraz z rozwojem internetu i socjotechniki również odchodzi do lamusa. Należy zróżnicować, które aspekty działania polskiej służby zdrowia wpływają na obniżenie prestiżu lekarza, niezależnie od niego, od tych, do których przyczyniamy się sami. Czy kolczyki w uchu u lekarza mężczyzny i tatusze na rękach przyczyniają się do podniesienia pre-

stiżu zawodu lekarza? Co myśli pacjent o badającym go lekarzu, ubranym w niewyprasowany i w dodatku brudny fartuch? Wiele złego dla szacunku do zawodu lekarza uczynili ostatnio lekarze „antyszczepionkowcy”. Energetyczne działania pionu odpowiedzialności zawodowej izb lekarskich w tym zakresie zostały pozytywnie ocenione przez ogół lekarzy i społeczeństwa. Pacjenci dostrzegają wiele rzeczy, które wpływają na obniżenie nadal dotychczas wysokiego prestiżu zawodu lekarza: praca w kilku jednostkach jednocześnie i związany z tym brak czasu dla pacjenta, obciążenie zbyt dużą liczbą pacjentów, ciągły pośpiech, widoczne zmęczenie i brak cierpliwości do wysłuchania chorego, wynikający z przemęczenia oraz nadmiaru obowiązków lekarzy, w tym również, niestety, wiele stricte biurokratycznych.

Czy nadal mamy zaufanie społeczne?

Wiele przyczyn, które doprowadziły do obniżenia prestiżu lekarzy, jest od nas niezależnych. Powołanie przez ministra sprawiedliwości specjalnych zespołów ds. tzw. „błędów lekarskich” na pewno podważa zaufanie społeczeństwa do naszego zawodu. Czy, wobec powołania tych zespołów, lekarz jest nadal „zawodem zaufania publicznego”? Zmierzch ery autorytetów dotyczy wszystkich dziedzin życia, ale szczególnie widoczny jest we współczesnej medycynie.

Możliwość otwarcia wydziałów lekarskich w wyższych szkołach zawodowych (zmiana ustawy o szkolnictwie wyższym z 14.10.2021 r.), mimo ostrej krytyki ze strony samorządu lekarskiego, niewątpliwie przyczyni się do utraty elitarności studiów lekarskich, przeznaczonych dotąd dla najlepszych maturzystów. Niepokój budzi nie tylko bardzo niski limit punktów, niezbędny do dostania się na te uczelnie, który absolutnie nie byłby wystarczający do otrzymania indeksu na państwowych uniwersytetach medycznych. Przede wszystkim powstaje pytanie, czy szkoły te będą w stanie zapewnić odpowiednie zaplecze (sale ćwiczeniowe do zajęć z przedmiotów teoretycznych, oddziały szpitalne do nauki na wyższych latach), niezbędne do nauki przyszłych lekarzy? Moim zdaniem, sam fakt ukończenia takiego wydziału absolutnie nie przesądza, że tak wykształcony lekarz będzie mniej umiał. Tak naprawdę to tylko od samego studenta zależy, na jakim poziomie opanuje wiedzę wymaganą w programie studiów, który jest przecież na wszystkich uczelniach podobny. Tylko musi mieć zapewnione do tego odpowiednie warunki. Moim zdaniem, wyższe uczelnie zawodowe jeszcze długo nie będą w stanie ich zapewnić.

Niskie standardy kształcenia to obniżanie prestiżu lekarza

Kolejny przyczynik do utraty prestiżu naszego zawodu, to propozycja likwidacji stażu podyplomowego. Niewątpliwie ten roczny staż po sześciu latach studiów po-

zwala nabyć praktycznej wiedzy absolwentom wydziałów lekarskich i nabrać pewności w postępowaniu z chorym. Jasne stanowisko samorządu lekarskiego, wyrażające sprzeciw wobec propozycji likwidacji lekarskiego stażu podyplomowego w imię doraźnych oszczędności, miejmy nadzieję uniemożliwi wprowadzenie tej propozycji, prowadzącej do obniżania standardów jakości kształcenia przyszłych lekarzy, a tym samym obniżania ich prestiżu. Niedoświadczeni lekarze będą w ogromnym stopniu narażeni na odpowiedzialność zawodową, cywilną i karną, jaka grozi im za popełnienie nieumyślnych błędów medycznych.

Istotnym czynnikiem, obok empatii, podejścia do pacjenta, opinii innych pacjentów i wyników leczenia, stanowiącym o prestiżu lekarzy, jest profesjonalizm ich działania. Pacjent ma prawo wymagać, aby lekarz, posiadający rzetelną i aktualną wiedzę, prawidłowo go zdiagnozował, a sprawny manualnie chirurg dobrze zoperował.

Zarobki nie są decydujące

Skoro mówimy o prestiżu, to musimy wspomnieć o wysokości zarobków i czy mają one wpływ na prestiż danego zawodu? Oczywiście tak. Ale, jak pokazują wyniki cytowanego sondażu, nie są one decydujące. Przecież pielęgniarka i ratownik medyczny nie zarabiają du-

żo, a klasyfikują się na czołowych pozycjach rankingu prestiżu zawodów. Decyduje poświęcenie, profesjonalizm, zaangażowanie, empatia i przydatność społeczna ich pracy. W ostatnich latach wysokość zarobków lekarzy uległa istotnemu wzrostowi. Choć dotyczy to głównie prywatnej służby zdrowia, to lekarze są dzisiaj w grupie osób dość dobrze zarabiających, a to tym bardziej obli-guje ich do dbania o swój prestiż. Potwierdza to znaczna liczba maturzystów, chcących co roku dostać się na studia medyczne, bo przecież dla współczesnego pokolenia warunki finansowe są równie ważne, jak prestiż i etos zawodu. W opinii wielu koleżanek i kolegów, upadek prestiżu zawodu lekarza jest dzisiaj faktem. Sytuacja w polskiej służbie zdrowia nigdy nie była łatwa i raczej nie będzie. Od nas samych zależy, czy będziemy w stanie przywrócić naszej profesji należny szacunek i poważanie. Nasze codzienne postępowanie oraz to, czy będziemy potrafili siebie samych szanować, w każdej sytuacji będzie miało na to największy wpływ.

*Prof. dr hab. n. med. Jarosław MARKOWSKI
wiceprezes Okręgowej Rady Lekarskiej
przewodniczący Komisji ds. Etyki Lekarskiej
Śląskiej Izby Lekarskiej w Katowicach
(przedruk z „Pro Medico” nr 7-8/22)*

Z PUNKTU WIDZENIA MŁODEGO LEKARZA POŻEGNANIE Z ETOSEM?

Ostatnio dużo mówi się o tym, że zawód lekarza wiele stracił, zarówno jeśli chodzi o prestiż, jak i zaufanie. Ciężko jest mi się odnieść do lat wcześniejszych, gdyż moja kariera zawodowa trwa dopiero osiem lat, ale wdrażając się w lekarski świat, mam wiele spostrzeżeń, które mogłyby tłumaczyć te zjawiska. Jak wszyscy wiedzą, każda praca, gdzie musimy się konfrontować z drugą osobą i próbować spełnić jej oczekiwania, jest wymagająca. Niezbędne są umiejętności, które pozwolą na swobodny kontakt z drugą osobą. Wydaje się to z pozoru nie takie trudne, ale w rzeczywistości jest to, moim zdaniem, jedna z trudniejszych i ważniejszych rzeczy, która pozwoli na wdrożenie adekwatnego procesu diagnostyczno-leczniczego.

Dlaczego zaczynam tekst od umiejętności kontaktowania się z drugą osobą w ocenie zaufania i prestiżu lekarza? Wiadomo, posiadanie wiedzy i umiejętności jest absolutną podstawą. Ale, choć posiadamy nawet największe umiejętności i wiedzę, w wielu sytuacjach pacjent może nam po prostu nie zaufać. W mojej ocenie odpowiednia rozmowa z pacjentem musi trwać wystarczająco długo, a w dzisiejszym świecie wszyscy się spieszą. Czego możemy się dowiedzieć od pacjenta w trzy minuty, bo niektóre wizyty w poradniach specjalistycznych tyle właśnie trwają? Jaką ocenę dostanie od pacjenta lekarz, który ograniczył się do wystawienia recepty, kolejnego

skierowania do kolejnego specjalisty, zapominając o badaniu podmiotowym i przedmiotowym?

Niestety, rozmawiając z pacjentami, często słyszę, że „lekarz nawet mnie nie zbadał”, tylko kazał iść na SOR czy do wspomnianego AOS-u. Wydaje mi się też, że wiele specjalności lekarskich maksymalnie zawężyło swoje działania do swojego profilu. I stąd właśnie pacjent często oczekuje w miesięcznych kolejkach do specjalistów. Wiadomym jest, że okulista nie będzie leczył bólu brzucha, ale jeśli słyszy się, że lekarz POZ, bez żadnych badań i prób postawienia diagnozy wstępnej, wysyła od razu do specjalisty pacjenta z bólami stawów, które okazują się prostą w diagnostyce i leczeniu dną moczanową, czy też ortopeda wysyła pacjenta z bólem krzyża do neurologa, bo ten się lepiej pacjentem zajmie. Czy takim zachowaniem zdobędziemy zaufanie i zasłużymy na prestiż w oczach pacjenta?

Dostępność do wielu źródeł informacji, nie zawsze rzetelnych, również osłabia pozycję lekarza w dzisiejszych czasach. Wiele osób traktuje wiedzę zdobytą na niesprawdzonych portalach jako ostateczne rozpoznanie. Często takie osoby zgłaszają się do lekarza tylko po skierowanie na badanie, o którym poczytali w internecie, traktując gabinet lekarski jak sklep spożywczy, gdzie na półce leży skierowanie na badanie MR. Ten rodzaj pacjentów nie oczekuje rozmowy. Wydaje im się, że są nieomylni,



a czas spędzony w gabinecie jest czasem straconym, bo wolą „porozmawiać z doktorem Google” w warunkach domowych. W jak głębokim błędzie są, okazuje się często dopiero po latach nieskutecznego leczenia chorób przewlekłych, kiedy zgłaszają się z poważnymi powikłaniami.

Osobnym dużym tematem jest liczba skarg, które pacjenci składają wyłącznie po to, aby odnieść korzyści finansowe. Liczba spraw związana z potencjalnymi zaniedbaniami po stronie lekarzy jest chyba aktualnie największa w historii, a wiele osób „próbuje” uzyskać odszkodowanie, nawet, jeśli nie wystąpiły żadne zaniedbania. Gdzie tutaj miejsce na uznanie oraz zaufanie dla lekarza, jeśli pacjent od początku jest nastawiony negatywnie i roszczeniowo?

Nie należy również zapominać o fakcie, że zdarzają się osoby, które, pracując w placówkach medycznych nie tylko nie szanują pacjentów, ale potrafią na nich krzyczeć, czy nawet wyprosić z gabinetu. Pomimo wielu trudności oraz obciążeń zarówno fizycznych, jak i psychicznych, lekarz powinien się zawsze zachowywać profesjonalnie, nawet, jeżeli ktoś próbuje go wytrącić z równowagi. Mimo to, słyszymy o sytuacjach, gdzie lekarze kierowali się negatywnymi emocjami, tracąc w oczach zarówno pacjenta, jak i całej społeczności.

Alternatywne metody diagnozowania i leczenia, często niemające nic wspólnego z medycyną i aktualną wiedzą medyczną, potrafią totalnie zniechęcić pacjenta do lekarzy. Z nieznanym mi powodem, coraz częściej ludzie wybierają badanie „żywej kropli krwi” czy hydrokolonoterapię, udają się do irydologa czy specjalistów od medycyny wschodniej. Często słyszą tam to, co chcą usłyszeć. Ci „specjali-

ści” bywają świetnymi psychologami oraz biznesmenami. Po spojrzeniu w tęczówkę, pacjenci słyszą, że na pewno są osłabieni, przewlekłe zmęczenia, być może miewają problemy gastryczne oraz boli ich głowa. Taki uniwersalny zestaw objawów pasuje do większości zgłaszających się osób. Są zadowolone z trafnej diagnozy i zaproponowanych preparatów ziołowych. Niejednokrotnie takie wizyty bywają wielokrotnie droższe niż leczenie w prywatnych gabinetach, ale przecież lekarz powie im tylko, że mają schudnąć, więc pacjenci wolą iść do „prawdziwych fachowców”.

Patrząc na obecną sytuację, opisaną przeze mnie w tych kilku zdaniach, z niepokojem patrzę w przyszłość. Rozwój technologii i informatyki, jakkolwiek bardzo pomocny, potrafi namieszać w relacji pacjent –

lekarz. Nadużywanie teleporad ma miejsce już w dzisiejszych czasach. Nie tak dawno chciano odebrać kontrakt NFZ POZ-om, gdzie teleporady stanowiły ponad 90% wszystkich świadczeń. Tylko czekać, aż automaty będą nam pobierać krew i w smsie będziemy dostawać wyniki z kodem do recepty wystawionej przez program komputerowy, a roboty, bez udziału lekarza, odpowiednio zaprogramowane, same wykonają najprostsze zabiegi. Jeśli rzeczywiście dojdzie to takich sytuacji, to my, lekarze, możemy się już całkowicie pożegnać z prestiżem, czy jakimkolwiek zaufaniem społecznym.

*Paweł JASIŃSKI
członek Prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej w Katowicach
przewodniczący Komisji ds. Młodych Lekarzy
(przedruk z „Pro Medico” nr 7-8/22)*

SYMPTOMY NIEDOMAGAŃ

Poproszony o konsultację pokuszę się o wstępną diagnozę. Z perspektywy nie tak bardzo nawet historycznej, bo obejmującej okres równy mniej więcej połowie kariery zawodowej statystycznego stomatologa, polska stomatologia nie została z tyłu. I w tym sensie ma się dobrze. Nowoczesne techniki i procedury są dostępne zarówno jako oferta dla pacjentów, jak i tematyka szkoleń (niestety całkowicie odpłatnych). Pracowitość naszej grupy zawodowej nie jest jednak wystarczającym gwarantem, że wspomniany rozwój będzie udziałem wszystkich stomatologów i znaczącej grupy pacjentów. Z tego powodu więc, jak w każdej diagnozie pacjenta przyjętego na konsultację, trzeba różnicować symptomy niedomagań i ostrzec pacjenta przed potencjalnymi zagrożeniami.

Brak zdefiniowanej ścieżki rozwoju zawodowego. Specjalizacje – absolutny evergreen naszych dyskusji. Wobec coraz większego różnicowania środowiska co do interesów (coraz więcej interesariuszy mających te interesy sprzeczne) ciężko nawet uzgodnić, czy aby na pewno każdy stomatolog musi mieć pełną specjalizację. A jeśli tak, to czy musi ona być kalką systemu specjalizacyjnego lekarzy?

A jeśli nie, to jak kompetentnie wyposażać młodych lekarzy w niezbędny zasób umiejętności, aby mogli w przyszłości zaoferować maksymalnie szeroki wachlarz procedur? Brak pewności w tym zakresie, oraz pozostawienie młodych stomatologów samym sobie, zmuszenie do uzupełnienia wykształcenia akademickiego wyłącznie za własne środki wpycha ich w często obserwowane zbyt wczesne wchodzenie w ambitne procedury. Skok na głęboką wodę jest fajny w przypadku nauki języka, ale w medycynie wiąże się z ogromnym stresem i ryzykiem popadnięcia w kłopoty. Planowana przez MZ umiejętność z implantologii raczej zaciemni system, niż będzie jakimkolwiek rozwiązaniem.

Zaniedbania w opiece publicznej. Jestem zdeklarowanym przeciwnikiem tezy, że państwo powinno zlikwidować fikcję i przestać finansować leczenie stomatologiczne. To pogląd sprzeczny zarówno z dziedziną wiedzy, jaką jest epidemiologia, jak i z interesem środowiska. Oczywiście, jest wielu chętnych na dodatkowe 2 mld zł do podziału po nieboszczce stomatologii publicznej. Ale tracą na tym przede wszystkim pacjenci. Rozmiar wykluczenia w najbliższych, kryzysowych latach byłby wręcz niewy-

obrażalny. Co gorsza, śmiem twierdzić, że wykluczenie to będzie dziedziczne. Rodzic nie przyzna się dziecku, że nie chodzi do dentysty, bo go nie stać. Owszem, może i to powie, ale doda zaraz, że zęby i tak wypadną, że to zawracanie głowy. Zmierzam do tezy, którą prezentowałem wiele razy Komisji Zdrowia Sejmu, że dziecko wzrastające w wykluczonej stomatologicznie rodzinie nie nabierze właściwych nawyków. A interes środowiska? – 90% stomatologów żyje z leczenia zębów. Jeśli nasi pacjenci potracą niepotrzebnie zęby, zdecydowanie zmaleje substancja, na której pracujemy. Degradacja jamy ustnej postępuje kaskadowo. Implantologia zrobiła niebywały postęp, ale to wciąż nie jest świadczenie, które jest dostępne na wyciągnięcie ręki dla wszystkich. W konsekwencji, u znacznie wyższego odsetka populacji zmuszeni będziemy odstępować od nowoczesnych procedur, a opieka stomatologiczna będzie po prostu trudniejsza.

Niestabilne prawo. Obserwujemy niestety ogólny spadek szacunku dla prawa, dla zasad nakładania obowiązków, oraz czasami totalną samowolę w ich egzekwowaniu. Tu jest ogromna rola izb okręgowych, które wsparte koordynacją ze strony NIL muszą położyć temu tamę.

Brak samodzielnie wyłanianej reprezentacji. Musimy wrócić do pytania, czy wybór stomatologów do organów wykonawczych oparty tylko w 23% na głosie stomatologów jest realizacją idei korporacji zawodowej. Nie poradzimy sobie z żadnym z tych wyzwań, jeśli decyzje w naszym imieniu podejmowane nie będą miały silnej legitymacji.

Kryzys gospodarczy. Jest to czynnik, który w poważnym stopniu zagraża każdej usługowej branży. Trudno oszacować, jaki będzie miał wpływ. Zapewne przejściowy, niemniej rozmiar zapowiadanego spowolnienia gospodarczego, wzrost kosztów kredytów mieszkaniowych i utrzymania nie pozostanie bez wpływu na kondycję finansową branży.

Cóż, pozostają zalecenia dla konsultowanego pacjenta: optymizm i sumienna realizacja wymienionych zaleceń.

Andrzej CISŁO
wiceprezes Naczelnej Rady Lekarskiej
ds. stomatologii w latach 2018-2022
(przedruk z Biuletynu Płockiej Izby Lekarskiej nr 3/22)

CZY STOSOWANIE MEDYCZNEJ MARIHUANY WPŁYWA NA PRZEBIEG COVID-19?

Pandemia COVID-19 spowodowała wzrost liczby hospitalizacji z powodu zespołu ostrej niewydolności oddechowej w następstwie SARS-CoV-2 w Polsce i na świecie, destabilizując cały system opieki zdrowotnej. Środowisko medyczne stanęło na wysokości zadania i wyróżniając się egzaminem nie tylko z medycyny, ale też z rozwiązywania problemów w warunkach ekstremalnych. My, naukowcy, często wbrew oczekiwaniom społecznym byliśmy posłańcami złych wiadomości, donosząc o braku skuteczności kolejnych schematów terapeutycznych. To ważne, aby emocje i oczekiwania nie wpłynęły na rzeczową ocenę faktów, szczególnie pod naciskiem opinii publicznej. Dzisiaj sytuacja wydaje się opanowana, jednak epidemiolodzy donoszą o kolejnej fali, która nadejdzie prawdopodobnie pod koniec trzeciego kwartału bieżącego roku. Istnieje zatem wciąż potrzeba opracowania nowych i skutecznych schematów farmakoterapii, a także strategii prewencyjnych.

Ostatnio obserwuję kolejny modny trend w medycynie – dotyczący zastosowania marihuany w farmakoterapii COVID-19 i samoistnie mnożące się jak grzyby po deszczu pytania, pozostające bez odpowiedzi i niewnoszące nic konstruktywnego do tematu. I nie bez znaczenia pozostaje tu pseudonaukowe zestawianie półprawd z pozornie spójnymi danymi naukowymi, na podstawie których czytelnik ma kształtować, przynajmniej w teorii, swoje własne stanowisko w tej kwestii. W nauce często

nieprecyzyjne definiowanie pojęć prowadzi do sformułowania tylko pozornie spójnych hipotez. Ten powszechny błąd praktycznie uniemożliwia rzeczowe podejście do tematu i – co się z tym wiąże – koherentne, prawidłowe wnioskowanie. Weźmy chociażby zasadność postawienia poniższego pytania: Czy marihuana jest skuteczna w farmakoterapii COVID-19? Takie pytanie nie zawiera żadnych znamion naukowych i jest pozbawione sensu. Przyjrzyjmy się temu bliżej: Co to znaczy marihuana? W jakiej formie farmaceutycznej? W jakiej dawce? Jak długo stosowana, u jakich pacjentów, w jakim wieku, w jakim stanie klinicznym COVID-19? I chyba oczywiście, ale wymaga wyjaśnienia: Co to znaczy skuteczna? – Poprawia jakość życia, redukuje śmiertelność, skraca okres hospitalizacji? Oczywiście czytelnik może w tym miejscu zarzucić, że – stosując tzw. definiowanie przez definiowanie – zapętlamy się w dedukcji. Jednak umiejętność formułowania pytań klinicznych i bezkompromisowe poszukiwanie na nie odpowiedzi chroni nas przed autorytatywnym podejściem do nauki – ex cathedra.

W poprzednich edycjach „Primum” pisałem o roli konwertazy angiotensyny (ACE) w fuzji SARS-CoV2 z błonką dróg oddechowych. Enzym ten stanowi jeden z kluczowych elementów warunkujących wejście wirusa do komórek gospodarza. ACE wykazuje swoją ekspresję także na błonie śluzowej jamy ustnej i nosa, nerkach oraz przewodzie pokarmowym. Pojawiło się uzasadnio-



ne w mojej opinii pytanie – Czy inhibitory konwertazy angiotensyny (np. perindopril, ramipril, zofenopril) powinny być stosowane u chorych z wysokim ryzykiem zgonu z powodu COVID-19? Tu stanowisko było jednoznaczne – pacjenci leczeni dotychczas ACE nie powinni modyfikować ani rezygnować z dotychczasowej terapii.

Kolejne pytanie – postawione przez zespół Wanga z Kanady – dotyczyło wpływu Cannabis sativa (konopia siewna) na ekspresję konwertazy angiotensyny. Badacze wysunęli hipotezę, że ekstrakty o wysokiej zawartości CBD mogą zmniejszać ekspresję ACE w tkankach docelowych SARS-CoV-2. Korzystając z modeli 3D jamy ustnej i dróg oddechowych, wykazano że ekstrakty C. sativa obniżają ekspresję ACE. Przeprowadzona analiza potwierdziła także zmniejszoną aktywność proteazy serynowej TMPRSS2 zaangażowanej w fuzję SARS-CoV-2 z komórkami gospodarza.

Uważam, że badania te są interesujące i merytoryczne, jednak nie dają konkretnych rozwiązań klinicznych. W konkluzjach badacze stwierdzają, że ekstrakt z konopi o wysokim stężeniu CBD (dzisiaj dostępny w wielu sklepach jako suplement) może stanowić bezpieczny dodatek do standardowej farmakoterapii, jednak prezentowane badania wymagają walidacji na dużą skalę. I standardowo, jak w wielu pracach, autorzy wskazują na konieczność dalszych badań określających wpływ medycznej marihuany w profilaktyce i leczeniu COVID-19. Niestety w aspekcie klinicznym wartość prezentowanych wyników jest znikoma.

W dostępnym piśmiennictwie znajdujemy jeszcze kilka badań poruszających problematykę zastosowania marihuany w terapii COVID-19 na poziomie biochemicznym. W tekście opublikowanym przez Anil i wsp. pod koniec 2021 r. przedstawiono informację, że linie komórek nowotworowych płuc (ATCC CCL-185) poddane działaniu ekstraktu z konopi indyjskiej wykazały zmniejszoną sekrecję IL-6 oraz IL-8 w stanie zapalnym indukowanym TNF- α . Tylko ekstrakty zawierające CBD wykazywały przeciwpalne działanie przy stężeniu 3 μ g/ml. THC takich właściwości nie wykazywał. Co ciekawe, antagoniści receptora CB2 zmniejszali przeciwpalny efekt CBD. Ekstrakty zawierające wysokie stężenie CBD zmniejszały również ekspresję genów dla CCL2, CCL7, ACE oraz IL-6, IL-7 i IL-8.

Uzupełnienie powyższych badań stanowią dwie prace opublikowane niezależnie pół roku temu przez zespoły naukowców z USA. Autorzy dostarczają istotnych dowodów na powinowactwo CBD, CBG oraz THC do kolca wirusa, za pośrednictwem którego wiąże się on z ACE. Potwierdzono także wpływ ekstraktów CBD na hamowanie ekspresji ACE, a także ich komponentę przeciwpalną.

W dość skromnych dowodach klinicznych znajdujemy badanie przeprowadzone przez zespół z Brazylii. Oceniono bezpieczeństwo i skuteczność CBD w terapii pacjentów z COVID-19 o nasileniu od łagodnego do umiarkowanego. Badanie randomizowane, z podwójną ślepą próbą w dwóch grupach równoległych (n=321). Pacjenci otrzymywali 300 mg CBD lub placebo dodawane do standardowego leczenia przez 14 dni. Analiza statystyczna nie wykazała żadnych różnic pomiędzy zastosowanymi interwencjami. Autorzy w podsumowaniu wskazują na konieczność przeprowadzenia dalszych badań i zwiększenia dawki CBD. W mojej ocenie jest to nieuzasadnione, standardowe postępowanie w większości prac, których wyniki nie spełniły oczekiwań badaczy. Należy przyrzeć się faktom i pogodzić się z nieskutecznością proponowanej interwencji.

Na stronie clinicaltrials.gov znajdujemy informację o dwóch aktualnie realizowanych badaniach w tym obszarze: NCT04731116 i NCT03944447. Ich wyniki powinny zostać opublikowane pod koniec roku. Przegląd piśmiennictwa, chociaż ciekawy i obiecujący, nie dostarcza jak dotąd żadnych odpowiedzi na nurtujące nas pytanie, co do zasadności stosowania marihuany u pacjentów z COVID-19. Mam nadzieję, że prowadzone badania ostatecznie rozwiążą tę kwestię, już bez konieczności dalszej weryfikacji stawianych tez.

Piśmiennictwo u autora

Michał WICIŃSKI

O autorze: dr hab. n. med. Michał Wiciński, prof. UMK, od wielu lat zajmuje się farmakologią eksperymentalną z zakresu neurofarmakologii, chorób układu krążenia oraz teorią receptorową. Współpracuje z ośrodkami naukowymi w Polsce i na świecie. Jest autorem licznych publikacji o zasięgu międzynarodowym oraz cenionym dydaktykiem. Trzykrotny laureat konkursu „Wykładowca Roku”. Obecnie pełni funkcję kierownika Katedry Farmakologii i Terapii CM UMK oraz prodziekana ds. studenckich CM UMK.

(przedruk z „Primum” nr 6/22)

PRAWO NA CODZIEN

W OBLICZU ROSZCZENIA PACJENTA

Część I – Jak i o czym rozmawiać z doradcami, prawnikami, ubezpieczycielami

Pacjent skierował skargę do podmiotu wykonującego działalność leczniczą, w którym Ty – lekarko lub lekarzu – udzielasz świadczeń zdrowotnych. Skarga dotyczy zre-

alizowanej przez Ciebie usługi medycznej. Wskutek takiej czy innej drogi tejże skargi zwraca się do Ciebie Temida. Na wstępie jest to radca prawny podmiotu, dla którego

pracujesz, firma ubezpieczeniowa, czasem prokurator. Czy naprawdę tego pierwszego nieszczęścia nie wystarczyło? Teraz musisz jeszcze walczyć z prawnikiem zadającym okropne pytania? A co on (lub ona) w ogóle wie?

No dobrze, wystarczy tego scenariusza. Moim zamiarem i celem jest pomóc lekarzom ocenić, jaki model postępowania jest właściwy w zetknięciu z prawnikiem, ubezpieczycielem, mediatorem. Z mojej praktyki jako radcy prawnego wynika bowiem, że nader często prawnik czy sam ubezpieczyciel bywa traktowany jak wróg i napastnik, oraz że jego pytania są niewłaściwe, oceniające, a nawet skazujące. Objętość pojedynczego artykułu jest zbyt skromna, by temat wyczerpać, lecz wydaje się być wystarczająca, aby podjąć próbę usystematyzowania różnych podmiotów mogących potencjalnie uczestniczyć w przedsądowym i sądowym rozpoznaniu roszczenia pacjenta.

Aby tekstowi nadać czytelną strukturę, postanowiłam podzielić go na części odpowiadające rodzajom lub etapom postępowania inicjowanego skargą pacjenta. Takie działanie wydaje się najlepsze w formule artykułu, albowiem różne postępowania i ich etapy mogą się przenikać.

Pierwsza część będzie więc poświęcona postępowaniu przed ubezpieczycielem. Jest to analogiczne postępowania jak w przypadku zgłaszania wypadku komunikacyjnego do OC sprawcy. Nosi nazwę postępowania likwidacyjnego (od branżowego określenia: likwidacja szkody).

Postępowanie likwidacyjne

Postępowanie likwidacyjne jest pochodną obowiązku ubezpieczenia OC od szkód wyrządzanych w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych. W tym miejscu warto mocno zaakcentować „przyjacielski” charakter współpracy między lekarzem a ubezpieczycielem, jego pracownikami i pełnomocnikiem ubezpieczyciela. Interesy podmiotu wykonującego działalność leczniczą i ubezpieczyciela są zbieżne. Wbrew pozorom, ubezpieczyciel nie osądza lekarza. Formułując pytania, prosząc o dokumentację i wyjaśnienia, zmierza do możliwie dogłębnego ustalenia stanu faktycznego sprawy. Dlatego warto i należy być z ubezpieczycielem maksymalnie szczerym. Szczerem do tego stopnia, że jeżeli dostrzeże się własny błąd, to warto ubezpieczycielowi wskazać. Na tym polega ochrona, by w razie „wypadki” ktoś wypłacił odszkodowanie lub zadośćuczynienie. Oczywiście, rację mają ci, którzy twierdzą, że wypłata odszkodowania wpływa na wzrost późniejszej składki. Rację mają także i ci, którzy wskazują, że przyznawanie się do samego faktu skierowania roszczenia wpływać może na wysokość przyszłej składki. To wszystko prawda. Jest jednak pewne „ale”. W przypadku ewentualnego procesu cywilnego podmiot wykonujący działalność leczniczą, a w tym lekarz oraz ubezpieczyciel staną po tej samej stronie procesu. Po stronie pozwanej.

Podsumowując, należy stwierdzić, że w toku postępowania likwidacyjnego przed własnym ubezpieczycielem

sam medyk i ubezpieczyciel mają całkowicie zbieżne cele. Oba zależy na oddaleniu roszczenia. Ubezpieczycielowi należy wszystko dokładnie wyjaśnić i nie traktować pytań czy wezwań do wyjaśnień jako atak. Są to zwykłe pytania zmierzające do ustalenia rozsądnego stanowiska w sprawie. Ten rodzaj postępowania jest maksymalnie odformalizowany. Nie ma więc protokołów, przyrzeczeń, organu, itd. Całe postępowanie polega na korespondencji. Postępowanie dowodowe przed ubezpieczycielem nie jest tak mocno sformalizowane jak w postępowaniach sądowych, prokuratorskich czy dyscyplinarnych. Nie oznacza to jednak, że jest bezprawne, że wolno zatajać fakty, itp. Każde tak źle rozumiane działanie jest przeciwnie dla samego ubezpieczonego, którym w opisywanych przypadkach jest podmiot wykonujący działalność leczniczą, czy sam medyk.

Dowodem w postępowaniu likwidacyjnym może być, podobnie jak w innych postępowaniach, wszystko, co może przyczynić się do wyjaśnienia sprawy. W praktyce są to:

1. wyjaśnienia podmiotu i konkretnych medyków;
2. opinia tzw. konsultanta medycznego (można uznać, że jest to „daleki krewny” biegłego w postępowaniu sądowym);
3. dokumentacja medyczna pacjenta.

WAŻNE: Umowy ubezpieczenia wskazują termin, do upływu którego należy powiadomić ubezpieczyciela o skierowaniu roszczenia przeciwko ubezpieczonemu. Z mojego doświadczenia wynika, że w

Przypadku uchybienia tym terminom ubezpieczyciele godzą się na przyjęcie sprawy do rozpoznania. Mimo to należy wiedzieć, że takie terminy istnieją.

Postępowanie karne

Podtrzymując swobodny charakter opracowania, rezygnuję z przytaczania przepisów na rzecz przyjaznej formy artykułu o tym, jak postępować.

Postępowanie karne składa się z dwóch zasadniczych etapów. Pierwszy to etap postępowania przygotowawczego, czasem zwanego prokuratorskim. W tym przypadku czynności prowadzi właśnie prokurator lub, na jego zlecenie, policja. Trzeba jeszcze wiedzieć, że samo postępowanie przygotowawcze ma także w swoim obrębie dwie fazy: postępowanie w sprawie oraz postępowanie przeciwko osobie. Postępowanie w sprawie to jest taki etap, w którym nikogo się nie oskarża. W tej części po prostu bada się, co się wydarzyło. Lekarz może być w tym etapie przesłuchany jako świadek. Świadek musi mówić prawdę. Za zeznawanie nieprawdy grozi kara pozbawienia wolności (więzienia) do 8 lat. Do 8 lat, a nie jak kiedyś do 3 lat. Ale warto parę rzeczy wiedzieć i znać kilka swoich praw.

Na wezwanie prokuratora należy się stawić. Odmowa grozi grzywną, oskarżeniem o utrudnianie postępowania, itp. Nie oznacza to jednak, że w razie przeszkody nie można nic zrobić. Jeżeli stawiennictwo jest niemożliwe z powodu wcześniej opłaconego wyjazdu, dyżuru medyczne-





go, nagłego wezwania do szpitala w trybie na ratunek, itp. można i należy powiadomić organ, że stawienie jest niemożliwe i prosić o zmianę terminu. Nawet już po terminie należy usprawiedliwić niestawienie.

Kolejna rzecz, o której warto wiedzieć: przesłuchanie to nie jest egzamin. Nie trzeba wiedzieć wszystkiego. Są okoliczności, których się nie wie, nie jest się pewnym lub się nie pamięta. I jeżeli tak właśnie jest, należy to powiedzieć. Zawsze jednym z pierwszych pytań jest: „Czy świadek pamięta tego pacjenta?”. Odpowiedź: „Nie, nie pamiętam tego pacjenta.” jest dobrą odpowiedzią. Naprawdę nie sposób pamiętać wszystkich pacjentów po pewnym czasie. I nie należy na siłę sobie przypominać, nerwowo przeszukiwać dokumentów. Konsekwentne pytania o to, czy pacjent dzwonił, wołał, skarżył się należy kwitować wstępnym: „Nie pamiętam tego pacjenta”. Można wskazać, że wszystkie czynności medyczne są utrwalone – zgodnie z prawem – w dokumentacji medycznej. Trzeba pamiętać o tym, że nawet będąc świadkiem, zachowuje się prawo do odmowy odpowiedzi na pytanie w sytuacji, gdyby odpowiedź mogła narazić świadka lub osobę dla niego najbliższą na odpowiedzialność karną. Art. 183 § 1 kodeksu postępowania karnego stanowi, że świadek może uchylić się od odpowiedzi na pytanie, jeżeli udzielenie odpowiedzi mogłoby narazić jego lub osobę dla niego najbliższą na odpowiedzialność za przestępstwo lub przestępstwo skarbowe. Jeżeli więc prokurator zapytałby, „czy świadek uzyskał zgodę na wykonanie takiego zakresu operacji?”, a świadek jej nie uzyskał, to można wtedy odpowiedzieć, że: „uchylam się od odpowiedzi na to pytanie z uwagi na treść art. 183 § 1 kodeksu postępowania karnego”. Zresztą każde przesłuchanie rozpoczyna się od pouczenia. Jest ono zwykle wręczane na piśmie i dość obszerne, ale należy je spokojnie przeczytać i zapytać o każdy niezrozumiały fragment. Popędzanie jest w tym wypadku wykluczone.

Dużo prościej jest, gdy występuje się w roli podejrzanego (oskarżonego), czyli gdy postępowanie toczy się

przeciwko osobie. W tym wypadku służy podejrzanemu prawo do odmowy składania wyjaśnień. To dlatego wcześniej, gdy jest się świadkiem, można się uchylać od odpowiedzi na niektóre pytania. Na tym etapie warto korzystać ze wsparcia radcy prawnego (lub adwokata) w charakterze obrońcy. Najlepiej takiego, który ma doświadczenie w sprawach medycznych. Na tej samej zasadzie, na jakiej nie leczy się żołądka u okulisty. Wobec własnego obrońcy trzeba być bezwzględnie szczerym. Obrońca musi wiedzieć wszystko. Obrońca jest dożywotnio związany tajemnicą obrończą. Nigdy nikomu nie może powiedzieć tego, czego się dowiedział jako obrońca. Z tajemnicy obrończej nie można rady zwolnić.

O wszczęciu postępowania karnego w związku z usługą medyczną, realizowaną w podmiocie leczniczym, warto powiadomić ten podmiot. Najczęściej kolejnym krokiem jest bowiem skierowanie sprawy na drogę postępowania cywilnego.

Ciąg dalszy nastąpi

Artykuły rządzą się swoimi prawami. Podstawowym prawem artykułu jest określona objętość. Bieżący tekst dobiegł do objętości granicznej. Jak wynika z ostatniego podtytułu – ciąg dalszy nastąpi. W kolejnym tekście przeniesiemy się do procesu cywilnego.

ZŁOTE ZASADY ZEZNĄĆ:

1. Nie wolno kłamać.
2. Wolno nie pamiętać – przesłuchanie to nie egzamin i odpowiedź typu: nie wiem, nie pamiętam, nie przypominam sobie, jest poprawna.
3. Nie należy odpowiadać na niezadane pytanie (nie wykraczać poza pytanie).

Jeżeli nie ma się pewności, o co jest się pytany, zawsze można oświadczyć: „nie rozumiem pytania”.

Agnieszka SIENKO

Radca prawny, mediator sądowy, coach, konsultant kryzysowy, wykładowca, szkoleniowiec, autorka książek i artykułów, trener biznesu (przedruk z „Medium” nr 11/20)

ZGODA NA INTERWENCJĘ MEDYCZNĄ – ASPEKTY PRAKTYCZNE

Zgoda pacjenta na każdą dotyczącą go interwencję medyczną wydaje się rzeczą oczywistą i niepodważalną. Sądy, których rolą jest między innymi interpretacja prawa, nie mają wątpliwości, co do tego, że: „Zabieg medyczny wykonany bez zgody pacjenta jest czynnością bezprawną nawet wówczas, gdy wykonany jest zgodnie z zasadami wiedzy” (zob. np. wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z 31.03.2006 r., IACa 973/05). To skłania do wniosku, że nie wystarczy postępować zgodnie z aktualną wiedzą medyczną i wykazać się nawet najwyższej klasy umiejętnościami. Przeciwnie, należy zadbać o realizację prawa pa-

cjenta do informacji i zgody, których przestrzeganie jest prawnie nakazanym obowiązkiem. W przeciwnym razie lekarz lub podmiot leczniczy naraża się na odpowiedzialność prawną. Instytucja oraz konstrukcja świadomej i dobrowolnej zgody (informed and voluntary consent) jest dziedzictwem procesu norymberskiego, realizacją prawa do prywatności, wyrazem autonomii pacjenta, elementem, na którym opiera się partnerska relacja między lekarzem a chorym (szerzej patrz: M. Świdarska, Zgoda Pacjenta na zabieg medyczny, Toruń 2007; B. Janiszew-

ska, Zgoda na udzielenie świadczenia zdrowotnego. Ujęcie wewnątrzsystemowe, Warszawa 2013).

Przypominając tylko najważniejsze podstawy prawne prawa pacjenta do wyrażenia bądź odmowy zgody na jakąkolwiek procedurę medyczną, należy wymienić:

Art. 1 Kodeksu Norymberskiego – (efektu prac prawników i lekarzy wieńczącego proces, w którym osądzono nazistowskich lekarzy prowadzących pseudoeksperymenty medyczne w obozach koncentracyjnych podczas II wojny światowej, który, nie mając wiążącej mocy prawnej, a raczej będąc zbiorem zasad etycznych, w związku i przystępnej formule definiuje pojęcie i istotę świadomej i dobrowolnej zgody, chociaż w kontekście eksperymentu medycznego, a nie zwykłej praktyki, co nie ogranicza zastosowania analogii): „Dobrowolna zgoda człowieka jest absolutnie niezbędna. Oznacza to, że osoba uczestnicząca w badaniu powinna mieć zdolność prawną do wyrażenia zgody; powinna być w takiej sytuacji, by móc korzystać z prawa do swobodnego wyboru, bez ingerencji jakiegokolwiek elementu siły, oszustwa, podstęp, nacisku, wymuszenia lub innej ukrytej formy przymusu; oraz powinna mieć dostateczną wiedzę i rozumieć poszczególne elementy danej materii, by móc podjąć zrozumiałą i świadomą decyzję”.

Art. 5 Konwencji o ochronie praw człowieka i godności istoty ludzkiej wobec zastosowań biologii i medycyny – Konwencji Biomedycznej (podpisanej, lecz wciąż nieratyfikowanej przez Polskę umowy międzynarodowej, ale, zgodnie z postanowieniem SN z 27.10.2005 (III CK 155/05) stanowiącej ważną wskazówkę interpretacyjną w praktyce): „Nie można przeprowadzić interwencji medycznej bez swobodnej i świadomej zgody osoby jej poddanej. Przed dokonaniem interwencji osoba jej poddana otrzyma odpowiednie informacje o celu i naturze interwencji, jak również jej konsekwencjach i ryzyku. Osoba poddana interwencji może w każdej chwili swobodnie wycofać zgodę”.

Art. 3 ust. 1 i ust. 2 lit. A Karty Praw Podstawowych (instrumentu prawa człowieka obowiązującego w państwach Unii Europejskiej na prawach traktatu, w którym zakodowano prawo do świadomej zgody jako element prawa do integralności fizycznej i psychicznej człowieka): „1. Każdy ma prawo do poszanowania jego integralności fizycznej i psychicznej. 2. W dziedzinach medycyny i biologii muszą być szanowane w szczególności: a) swobodna i świadoma zgoda osoby zainteresowanej, wyrażona zgodnie z procedurami określonymi przez ustawę (...)”.

Art. 47 Konstytucji RP (najważniejszej ustawy w państwie, w której wskazano prawo do życia prywatnego, w tym prawo do samostanowienia – decydowania o sobie): „Każdy ma prawo do ochrony prawnej życia prywatnego, rodzinnego, czci i dobrego imienia oraz do decydowania o swoim życiu osobistym”.

Art. 31 ust. 1 w związku z art. 32 ust. 1 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty – uzl (ustawy zawo-

dowej regulującej zasady wykonywania zawodu lekarza i lekarza dentysty, w której scharakteryzowano obowiązek udzielenia informacji i uzyskania zgody): „Lekarz ma obowiązek udzielać pacjentowi lub jego ustawowemu przedstawicielowi przystępnej informacji o jego stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu”; „Lekarz może przeprowadzić badanie lub udzielić innych świadczeń zdrowotnych, z zastrzeżeniem wyjątków przewidzianych w ustawie, po wyrażeniu zgody przez pacjenta”.

Art. 9 ust. 1 w związku z art. 16 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta - upp: (ustawy regulującej prawa pacjenta i mechanizmy ich ochrony, w której scharakteryzowano prawo do uzyskania informacji i udzielenia zgody): „Pacjent ma prawo do informacji o swoim stanie zdrowia”; „Pacjent ma prawo do wyrażenia zgody na udzielenie określonych świadczeń zdrowotnych lub odmowy takiej zgody, po uzyskaniu informacji w zakresie określonym w art. 9”.

Art. 13 Kodeksu etyki lekarskiej (aktu definiującego etyczne powinności lekarza, w tym obowiązek informacji i zgody): „1. Obowiązkiem lekarza jest respektowanie prawa pacjenta do świadomego udziału w podejmowaniu decyzji dotyczących jego zdrowia. 2. Informacja udzielona pacjentowi powinna być sformułowana w sposób dla niego zrozumiały. 3. Lekarz powinien poinformować pacjenta o stopniu ewentualnego ryzyka zabiegów diagnostycznych i leczniczych i spodziewanych korzyściach związanych z wykonywaniem tych zabiegów, a także o możliwościach zastosowania innego postępowania medycznego”.

O ile jednak wymóg świadomej i dobrowolnej zgody co do zasady nie budzi zastrzeżeń ani wątpliwości, o tyle jego realizacja w praktyce wciąż napotyka trudności. Celem tego artykułu jest przedstawienie najczęstszych dylematów występujących w praktyce wraz ze wskazaniem ich rozwiązania czyniącego zadość wymogom prawnym.

1. Zgoda poinformowana – znaczenie i zakres przedmiotowy

W doktrynie prawa medycznego nie budzi wątpliwości, że skutkiem niewykonania lub nieprawidłowego wykonania obowiązku przekazania pacjentowi informacji przed wyrażeniem przez niego zgody jest brak skuteczności tej zgody (M. Świdorska, Zgoda Pacjenta na zabieg, s. 105; R. Kubiak, Prawo medyczne, wyd. 4, Warszawa 2021, s. 247).

Warunkiem uznania zgody za świadomą i dobrowolną jest poprzedzenie jej udzielenia czynnościami, których celem jest poinformowanie pacjenta o jego stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu. Czynności te pole-



gają przede wszystkim na rozmowie z pacjentem. Mogą i nawet powinny być uzupełnione o materiały, które stanowią powtórzenie i uszczegółowienie ustnego przekazu. Żadne formularze, ulotki, foldery nie mogą natomiast zastąpić rozmowy z chorym. W szczególności tzw. formularz zgody nie może być stosowany z pominięciem rozmowy. Najistotniejszym elementem procesu uzyskania zgody jest bowiem przystępne poinformowanie pacjenta, zgodnie z zakresem obowiązku informacyjnego zdefiniowanym w art. 31 ust. 1 uzl. Nie jest możliwe jego skuteczne zrealizowanie bez bezpośredniego kontaktu z pacjentem, opartego na dialogu, w którym obie strony biorą czynny udział. Wszelkie materiały w formie pisemnej, łącznie z formularzem zgody, pełnią jedynie funkcję pomocniczą oraz dowodową. Dobrą praktyką jest wyposażenie pacjenta w materiały pomocnicze przed podjęciem przez niego ostatecznej decyzji medycznej. Informacje zawarte w formularzu zgody oraz ulotkach czy folderach mają na celu wsparcie procesu informowania, nie mogą go natomiast zastąpić. Stąd np. odesłanie pacjenta do formularzy dostępnych na stronie internetowej podmiotu leczniczego nie stanowi realizacji prawa do informacji, a co za tym idzie, nie może być traktowane jako podstawa do uzyskania zgody chorego. Podobnie przekazanie wydrukowanych formularzy zgody nie jest równoznaczne z realizacją obowiązku informacyjnego i nie może być rozumiane jako uzyskanie świadomej zgody pacjenta. Natomiast formularz podpisany przez pacjenta (forma pisemna jest zachowana, jeśli na dokumencie obejmującym treść oświadczenia woli złożono własnoręczny podpis – szerzej patrz: J. Bujny, *Prawa pacjenta między autonomią a paternalizmem*, Warszawa 2007, s. 162; R. Kubiak, *Prawo medyczne*, s. 274) i lekarza uzyskującego zgodę, zawierający pakiet informacji zgodnie z wyliczeniem zawartym w art. 31 ust. 1 uzl może stanowić dowód uzyskania zgody pacjenta, pod warunkiem wykazania, że zawartość formularza jest dla pacjenta zrozumiała, została mu udostępniona przed wyrażeniem aprobaty albo sprzeciwu i była przedmiotem rzetelnego omówienia przez obie strony z możliwością zadawania pytań przez pacjenta i wyjaśnienia zgłoszonych przez niego wątpliwości przez lekarza.

Analizując przesłanki prawidłowej informacji, należy podkreślić, że „przystępność” interpretuje się jako przekaz zrozumiały, dobrany do poziomu percepcji pacjenta z uwzględnieniem jego wieku, intelektu, stanu zdrowia. Niezwykle ważna jest dbałość o stosowanie wyrazów zgodnie z ich zwykłym znaczeniem w określonym kontekście. Fachowy język medyczny nie może dominować w przekazie, a tam, gdzie jego zastosowanie jest konieczne, musi być opatrzone komentarzem i tłumaczeniem terminologii medycznej na język powszechnie zrozumiały. Można używać porównań, paralel, przykładów, analogii. Nie powinno to jednak prowadzić do trywializacji, ani wywołać u pacjenta poczucia bycia trak-

towanym protekcyjnie lub arogancko. Nie wolno też zlekceważyć pacjenta, nie wyjaśniając mu zgłoszonych w trakcie rozmowy wątpliwości, nawet jeżeli dla lekarza odpowiedzi na te pytania są oczywiste. Na koniec zawsze należy przeprowadzić test skuteczności przekazu, zadając pacjentowi pytania kontrolne, które jednak nie mogą mieć formy ogólnej: czy Pan/Pani zrozumiał/a to, co powiedziałem/am?, lecz powinny brzmieć bardziej konkretnie:, np.: czy Pan/Pani wie, jakiego rodzaju czynność/zabieg zostanie Panu/Pani wykonana?, czy Pan/Pani wie jak długo będzie trwało leczenie?, czy zdaje Pan/Pani sobie sprawę z ograniczeń związanych z proponowaną metodą leczenia?, czy akceptuje Pan/Pani negatywne skutki dla zdrowia w przypadku odmowy leczenia?, czy rozumie Pan/Pani różnice między proponowanymi metodami leczenia?, itp.

Z punktu widzenia lekarza ważne jest przedstawienie pacjentowi ryzyka związanego z leczeniem oraz odmową leczenia. Należy je objaśnić dość szczegółowo, z uwzględnieniem zarówno pozytywnych, jak i negatywnych aspektów możliwych i dostępnych metod diagnozowania i leczenia. W przypadku ryzyka śmierci należy je wyraźnie zaznaczyć, zwłaszcza jeżeli interwencja nie ma charakteru terapeutycznego i nie jest niezbędna (np. zabiegi estetyczne). Orzecznictwo traktuje zakres przedmiotowy prawa do informacji dość szeroko i szczegółowo: „Zakres udzielanych informacji musi być uzależniony od rodzaju wykonywanego zabiegu, przy czym zakres ten najdalej sięga w przypadku zabiegów, za którymi nie przemawiają bezwzględne wskazania, a są przeprowadzane głównie dla celów estetycznych. Pacjent musi znać przedmiot zgody, musi wiedzieć o proponowanej metodzie leczenia, ryzyku zabiegu i jego następstwach. Zakres obowiązku informacji nie zależy od tego, co lekarz sądzi ile pacjent powinien wiedzieć, lecz od tego, co rozsądna osoba będąca w sytuacji pacjenta obiektywnie potrzebuje usłyszeć od lekarza, aby podjąć ‘poinformowaną’ i inteligentną decyzję wobec proponowanego zabiegu” (wyrok Sądu Apelacyjnego w Poznaniu z 29.09.2005 r., I ACa 236/05). Z przywołanej tezy jasno wynika, że informacje poprzedzające udzielenie zgody muszą spełniać test obiektywności w kontekście konstruktu „rozsądnego pacjenta”, a zatem nie mogą mieć charakteru wybiórczego czy skróconego. Muszą być rzeczowe i adekwatne do konkretnej sytuacji indywidualnego chorego. W przywołanym orzeczeniu zwraca też uwagę wskazanie, że informacje pacjent powinien od lekarza usłyszeć, co potwierdza obowiązek rozmowy z chorym.

Delegowanie obowiązku informacyjnego na innego lekarza jest niebezpieczne, chociaż ustawodawca nie precyzuje, że zgodę musi uzyskać ta osoba, która bezpośrednio wykonuje czynności lecznicze (np. operator). Ten, który leczy, nigdy w takiej sytuacji nie ma pewności, że pacjent został właściwie zapoznany z informacjami niezbędnymi do udzielenia albo odmowy zgody. Korzystanie z pomo-

cy mniej doświadczonych lekarzy, o mniejszym zakresie wiedzy stwarza ryzyko niepełnego przekazania informacji pacjentowi. Podobnie – poleganie na rutynie bardziej doświadczonych medyków – może okazać się problematyczne ze względu na zastosowane nieuzasadnione uproszczenia i skróty w przekazie. Praktykuje się podział obowiązków na oddziałach szpitalnych, w efekcie których kto inny rozmawia z pacjentem i uzyskuje zgodę, kto inny operuje. Jest to wykonalne pod warunkiem pełnego porozumienia między lekarzami i zaufania do wiedzy oraz kompetencji kolegi/koleżanki po fachu. Warto w takiej sytuacji w formularzu zgody lub w dokumentacji medycznej zaznaczyć, kto – z nazwiska i imienia oraz specjalizacji – uzyskał zgodę pacjenta. Zastąpienie w wykonaniu obowiązku informacyjnego lekarza przez osobę wykonującą inny zawód medyczny (np. pielęgniarkę) jest niedopuszczalne. Każda osoba wykonująca zawód medyczny realizuje swój własny obowiązek informacyjny w korelacji ze swoim zakresem kompetencji. Każda też, w zakresie swoich kompetencji, uzyskuje zgodę na wykonanie swoich czynności – lekarz dla czynności leczniczych, pielęgniarka – pielęgnacyjnych, fizjoterapeuta – fizjoterapeutycznych itd.

Realizacja wszystkich uwag i zaleceń zaprezentowanych wyżej może budzić niechęć lekarza, który rozumie w ten sposób, że jego zadaniem jest leczyć, a nie uświadamiać i wypełniać dokumentację. Można takie stanowisko zrozumieć, natomiast absolutnie nie da się go zaaprobować. Niestaranne i nierzetelne wypełnienie obowiązku informacyjnego oraz związanego z uzyskaniem świadomej zgody pacjenta (brak rozmowy z pacjentem, rozmowa odbyta błyskawicznie i nieuważnie, brak zachowania pisemnej formy zgody, gdy ustawa takiej wymaga, brak uzyskania zgody równoległej, gdy ustawa takiej wymaga), często prowadzi do konsekwencji prawnych. Należy zatem pamiętać o klasycznym już orzeczeniu Sądu Najwyższego, zgodnie z którym: „Ciężar dowodu wykonania ustawowego obowiązku udzielenia pacjentowi lub jego ustawowemu przedstawicielowi przystępnej informacji, poprzedzającej wyrażenie zgody na zabieg operacyjny, spoczywa na lekarzu”

(wyrok Sądu Najwyższego z 17.12. 2004 r. II CK 303/04) i co więcej, stosować je rozszerzająco dla każdego rodzaju interwencji medycznej, a nie tylko zabiegów operacyjnych. Warto w tym kontekście uświadomić sobie, że art. 4 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta pozwala na wystąpienie z roszczeniem: „W razie zawinionego naruszenia praw pacjenta sąd może przyznać poszkodowanemu odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę na podstawie art. 448 Kodeksu cywilnego”. Prawem pacjenta jest prawo do informacji oraz prawo do wyrażenia świadomej i dobrowolnej zgody albo jej odmowy. Zatem, jak słusznie orzekł sąd: „Brak udzielenia pacjentowi wymaganych informacji powoduje, że udzielenie świadczenia zdrowotnego jest niezgodne z prawem, nawet jeśli zabieg przeprowadzony był prawidłowo w sposób zgodny z zasadami sztuki. W takim przypadku pacjent może dochodzić zadośćuczynienia za naruszenie jego praw” (wyrok Sądu Apelacyjnego w Białymstoku z 14.9.2016 r., I ACa 7/16. Podobnie w orzeczeniu sądu łódzkiego: „Niewykonanie obowiązku poinformowania pacjenta, jeśli ma charakter zawiniony skutkować będzie odpowiedzialnością na podstawie art. 4 ust. 1 PrPacJRPPU” (wyrok Sądu Apelacyjnego w Katowicach z 15.1.2014 r., I ACa 922/13, OSP 2016, Nr 6, poz. 56). Niepoinformowanie lub nieprawidłowe wykonanie obowiązku informacyjnego może skutkować zatem zarówno wadliwością zgody i na tej podstawie domaganiem się przez pacjenta odszkodowania od lekarza lub podmiotu leczniczego za leczenie bez zgody, jak i koniecznością zapłaty zadośćuczynienia za naruszenie prawa pacjenta do informacji oraz zgody. Oba roszczenia mogą być rozpatrywane przez sąd niezależnie.

Dr hab. Agata WNUKIEWICZ-KOZŁOWSKA

O autorce: dr hab. Agata Wnukiewicz-Kozłowska kierownik Interdyscyplinarnej Pracowni Prawa Medycznego i Bioetyki oraz Studiów Podyplomowych Prawa Medycznego i Bioetyki na Wydziale Prawa, Administracji i Ekonomii Uniwersytetu Wrocławskiego, członek Odwoławczej Komisji Bioetycznej

(przedruk z „Medium” nr 6/22)

MEDYCYNĄ PO DYPLomie

OSPA MAŁPIA

Ospa małpia (MPX, ang. monkeypox) to infekcja wirusowa wywołana przez wirus ospy małpiej (MPXV) należący do rodzaju Orthopoxvirus. Wirus występuje w dwóch odmianach – zachodnioafrykańskiej oraz środkowoafrykańskiej, które różnią się ciężkością przebiegu.

Przypadki obserwowane obecnie w Europie są spowodowane odmianą zachodnioafrykańską, którą charakteryzuje łagodniejszy przebieg kliniczny, zwykle samoograniczają-

cy, nie wymagający leczenia. Jednakże wśród osób starszych, z obniżoną odpornością, kobiet w ciąży lub małych dzieci przebieg kliniczny może być ciężki i należy zachować ostrożność. Pierwszy przypadek w Europie zgłoszono 7 maja 2022 r. w Wielkiej Brytanii – u osoby powracającej z Nigerii, natomiast w Polsce – 10 czerwca u osoby powracającej z Gran Canarii. Obecnie (do 16.06.2022 r.) potwierdzono w Polsce 7 przypadków ospy małpiej.



Pierwsze zakażenie wirusem ospy małpiej zostało wykryte u człowieka w Demokratycznej Republice Konga w 1970 r.

Do obszarów występowania endemicznego wirusa ospy małpiej należą: Benin, Kamerun, Republika Środkowoafrykańska, Demokratyczna Republika Konga, Gabon, Ghana, Wybrzeże Kości Słoniowej, Liberia, Nigeria, Republika Konga, Sierra Leone i Sudan Południowy. W tych rejonach wirus utrzymuje się w środowisku wśród gryzoni, w tym: wiewiórek, szczurów, myszy pasiastych, a także wśród małp naczelnych. Występują tam również przypadki zakażeń u ludzi – do zakażenia dochodzi poprzez ugryzienie lub bezpośredni kontakt z krwią, mięsem, płynami ustrojowymi lub zmianami na skórze czy śluzówkach zakażonego zwierzęcia.

Charakterystyka

Ospa małpia jest chorobą odzwierzęcą, która w pewnych sprzyjających warunkach – bliski kontakt, kontakty seksualne – może się przenosić z człowieka na człowieka. Rozprzestrzenianie wirusa ospy małpiej w środowisku między ludźmi nie jest jednak łatwe.

Przeniesienie wirusa z człowieka na człowieka następuje

- poprzez bliski kontakt z materiałem zakaźnym ze zmian skórnych zakażonej osoby, w tym kontakty seksualne – oralne, waginalne i analne,
- drogą kropelkową w przypadku długotrwałego kontaktu twarzą w twarz,
- przez skażone przedmioty np. pościel i inne rzeczy używane przez zakażonego, w tym odzież.

Obecnie potwierdzone przypadki ospy małpiej w Europie obejmują głównie osoby z bliskiego kontaktu – głównie partnerów seksualnych i osoby mieszkające w tym samym gospodarstwie domowym lub korzystające z tej samej pościeli, przedmiotów lub ubrań, a także osoby przebywające w tych samych zamkniętych pomieszczeniach (praca, środki transportu) z osobą chorą ≥ 8 godzin oraz pracowników medycznych i niemedycznych pracujący bez odpowiedniego zabezpieczenia w środki ochrony indywidualnej w kontakcie z osobami podejrzanymi lub chorymi.

Oceniane ryzyko szerzenia się wirusa w populacji ogólnej w Europie jest niskie, ale zwiększone wśród osób posiadających wielu partnerów seksualnych.

Przebieg kliniczny małpiej ospy

Okres inkubacji choroby wynosi zazwyczaj od 6 do 13 dni, w niektórych przypadkach może być wydłużony do 21 dni.

Początkowe objawy kliniczne, tzw. prodromalne, przypominają zwykłą infekcję wirusową – grypopodobną:

- gorączka, zazwyczaj powyżej $38,5^{\circ}\text{C}$,
- powiększenie węzłów chłonnych,
- bóle głowy, mięśniowo-stawowe,
- znaczne osłabienie.

Dalszy rozwój choroby:

- po 1–3 dniach u pacjenta pojawia się polimorficzna wysypka – w kolejności: plamki, grudki, pęcherzyki, krosty, strupki,

- zazwyczaj zaczyna się na twarzy i następnie rozprzestrzenia na inne części ciała,
- w czasie wystąpienia wysypki osoba chora jest zakaźna,
- wysypka utrzymuje się przez 2–4 tyg.,
- po odpadnięciu strupów powstają blizny – są głębokie, ale zanikają w okresie 1–4 lat.

Diagnostyka różnicowa

Zakażenie wirusem ospy wietrznej i półpaśca, wirusem opryszczki pospolitej, kiła, rozsiane zakażenie gonokokowe (DGI), choroba dłoni, stóp i jamy ustnej (HFMS) – czyli popularna ospa bostońska – bostonka, chancroid (H. Ducreyi), Lymphogranuloma venereum (LGV), granuloma inguinale, odra, świerzb, ospa riketsjowa, chikungunya, Zika wirus, denga, układowe zapalenia naczyń, zakażenie skóry i tkanek miękkich.

Leczenie

Nie ma swoistego leczenia. Stosuje się leczenie objawowe: zewnętrznie środki odkażające, leki przeciwo-rączkowe, przeciwbólowe, przeciwświądowe.

Postępowanie w przypadku podejrzenia lub zakażenia ospą małpią:

- wysunięcie podejrzenia zakażenia ospą małpią powinno być oparte na objawach klinicznych i przeprowadzeniu (przesłanki) wywiadu epidemiologicznego – kontakt z osobą podejrzaną/chorą na ospę małpią albo mającą objawy podobne do ospy małpiej, podróż w ciągu 3 tygodni do krajów Afryki Zachodniej i Środkowej oraz krajów europejskich, w których potwierdzono przypadki ospy małpiej,
- każdy podejrzany przypadek wymaga niezwłocznego zgłoszenia przez lekarza do państwowego powiatowego inspektora sanitarnego na numer telefonu alarmowego,
- następnie zgłoszenie należy przesłać na formularzu ZLK-1 lub zgłosić elektronicznie poprzez portal internetowy: gabinet.gov.pl

– osoby podejrzane o zachorowanie na ospę małpią powinny być hospitalizowane do czasu ustalenia innej etiologii zachorowania albo wykluczenia zakażenia wirusem ospy małpiej,

– osoby, u których potwierdzono laboratoryjnie zakażenie wirusem ospy małpiej, powinny być hospitalizowane/izolowane przez okres zakaźności, czyli do czasu całkowitego wygojenia się pęcherzy i odpadnięcia strupów.

Kwarantanna/nadzór epidemiologiczny

- osoby podejrzane o zakażenie powinny być poddane kwarantannie albo nadzorowi epidemiologicznemu – do czasu ustalenia innej etiologii zachorowania albo wykluczenia zakażenia wirusem ospy małpiej u osoby, która była źródłem narażenia,
- osoby, które miały styczność z osobą, u której potwierdzono zakażenie lub zachorowanie na ospę małpią powinny być objęte kwarantanną do czasu maksymalnej inkubacji zakażenia, czyli 21 dni.

Diagnostyka laboratoryjna

W celu przesłania materiału do badania (wykrycie DNA wirusa metodą PCR) w kierunku ospy małpiej

u pacjentów z podejrzeniem zakażenia należy kontaktować się z Zakładem Wirusologii Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – PZH Państwowego Instytutu Badawczego w Warszawie – <https://www.pzh.gov.pl/wytyczne-do-pobierania-materialu-klinicznego-w-kierunku-zakazenia-ospa-malp-monkeypox-virus/>

Zalecane środki ochrony indywidualnej dla personełu medycznego i niemedycznego pracującego z pacjentami podejrzanymi lub zakażonymi wirusem ospy małpiej:

- jednorazowy nieprzemakalny długi fartuch z długimi rękawami,
- jednorazowe rękawiczki ochronne,

- jednorazowe ochraniacze na buty,
- maseczka filtrująca klasy FFP2,
- gogle ochronne lub przyłbica.

dr med. Paweł RAJEWSKI

O autorze: prof. WSNoZ, MBA, specjalista chorób wewnętrznych, specjalista chorób zakaźnych, hepatolog, specjalista transplantologii klinicznej, konsultant wojewódzki w dziedzinie chorób zakaźnych dla województwa kujawsko-pomorskiego, kierownik Oddziału Internistyczno-Zakaźnego Wojewódzkiego Szpitala Obserwacyjno-Zakaźnego w Bydgoszczy, rektor Wyższej Szkoły Nauk o Zdrowiu.

(przedruk z „Primum” nr 7-8/22)

KASZEL INDUKOWANY LEKAMI

Przewlekły kaszel to jeden z objawów ponad stu różnych jednostek chorobowych. Występuje on nie tylko w przebiegu schorzeń układu oddechowego, ale może być także związany z innymi chorobami, np. serca czy przełyku. Nierzadko kaszel występuje też jako efekt niepożądanego działania leków. Ma on wtedy najczęściej charakter kaszlu przewlekłego, a więc może trwać nawet ponad 8 tygodni. Kaszel indukowany farmakoterapią może dotyczyć nawet 35% pacjentów przyjmujących leki. Aby uświadomić sobie skalę zjawiska, występuje on obok takich istotnych przyczyn przewlekłego kaszlu jak:

- zespół ściekania wydzieliny po tylnej ścianie gardła (post nasal drip syndrom), który odpowiada wg różnych statystyk za 8-70% przewlekłego kaszlu,
- astma (25-60% przewlekłego kaszlu),
- refluks żołądkowo-przełykowy (5-40% przewlekłego kaszlu).

Kaszel polekowy niemal wyłącznie utożsamiany jest ze stosowaniem inhibitorów konwertazy angiotensyny (ACEI). W praktyce jednak kaszel polekowy może być konsekwencją stosowania wielu innych leków. W poniższej tabeli zebrano leki, które najczęściej mogą indukować kaszel jako działanie niepożądane.

Leki indukujące kaszel

Lek lub grupa leków (obszar zastosowań)	Komentarz
ACEI (hipertensjologia, kardiologia)	Męczący kaszel może pojawić się z uwagi na mechanizmy zależne od bradykininy
Sartany (hipertensjologia, kardiologia)	Jednym z elementów działania antagonistycznego w stosunku do receptora AT1 może być zmiana wpływu bradykininy na inne podtypy receptora dla angiotensyny, a efektem tej zmiany może być kaszel
Sitagliptyna (diabetologia)	W przypadku występowania kaszlu należy rozważyć zamianę na inny inhibitor DPP-4
Antagoniści wapnia, szczególnie pochodne 1,4-dihydropirydyny (hipertensjologia, kardiologia)	Kaszel występuje najczęściej po podaniu amlodypiny. W przypadku jej stosowania należy unikać jednoczasowego stosowania leków hamujących enzymy metabolizujące CYP3A4
Latanoprost (okulistyka)	Analogi prostaglandyn stosowane w okulistyce także mogą indukować kaszel. Ryzyko to zwiększa się w przypadku jednoczasowego doocznego podawania leków β-adrenolitycznych
Topiramet (neurologia)	Wywołuje kaszel podrażnieniowy
Metotreksat (immunologia, onkologia)	Wywołuje kaszel podrażnieniowy
Mykofenolan mofetilu (immunologia)	Wywołuje kaszel podrażnieniowy
Omeprazol (gastrologia)	Omeprazol powoduje występowanie kaszlu, który nasila się w nocy. W przypadku wystąpienia kaszlu jako niepożądanego objawu leczenia omeprazolem wskazana jest jego zamiana na pantoprazol, rabeprazol lub dekslanzaprazol
Neuroleptyki fenotiazynowe (psychiatria)	Hamują receptor D2, działają antycholinergicznie oraz α1-adrenolitycznie. Prowadzi to do dyskinezy rzęsek oraz zagęszczenia wydzieliny oskrzelowej i w efekcie może wpływać na odruch kaszlowy
Haloperidol (psychiatria)	Wpływa na odruch kaszlowy. W przypadku wystąpienia kaszlu wskazana jest zamiana na inny neuroleptyk

Najważniejszymi czynnikami ryzyka wystąpienia kaszlu indukowanego farmakoterapią są:

- zaawansowany wiek pacjenta,
- współwystępowanie chorób obturacyjnych układu oddechowego (szczególnie, gdy nie są optymalnie kontrolowane farmakologicznie),

- niewyrównana cukrzyca typu II (z uwagi na zmiany w farmakokinetyce leków),
- współwystępowanie alergii,
- politerapia oparta na kojarzeniu leków, które mogą sumować swoje profile działań niepożądanych. Na przykład podczas stosowania amlodypiny, omeprazo-



lu, fenotiazyn, a także haloperidolu współdziałania mogą doprowadzić do podwyższenia stężeń tych leków we krwi, co w praktyce prowadzi do podniesienia ryzyka wystąpienia kaszlu.

Kaszel indukowany farmakoterapią ustępuje najczęściej po kilku dniach od zaprzestania stosowania leku. W przypadku kaszlu indukowanego farmakoterapią pomocne może okazać się włączenie lewodropropizyny, która jako lek wpływający na poziom neurokinin może regulować mechanizmy indukcji kaszlu polekowego.

Puenta: kaszel może mieć swoje źródło w farmakoterapii i nie wolno zapominać o możliwym polekowym tle tego objawu.

*Dr hab. Jarosław WOROŃ, prof. dr hab. Ryszard KORBUT
Zakład Farmakologii Klinicznej Katedry Farmakologii
Wydziału Lekarskiego UJ CM,
Uniwersytecki Ośrodek Monitorowania i Badania
Niepożądanych Działań Leków Szpitala
Uniwersyteckiego w Krakowie
(przedruk z „Galicyskiej Gazety Lekarskiej” nr 3/22)*

ODESZLI OD NAS

WSPOMNIENIE O DR N. MED. STANISŁAWIE SZYMIKU

Dr Stanisław SZYMIK urodził się 18 czerwca 1932 r. w Wodzisławiu Śląskim. Do wybuchu wojny mieszkał z rodzicami w Orzeszu (ówczesne woj. katowickie). Ojciec uczestniczący w Kampanii Wrześniowej 1939 r. trafił do niemieckiej niewoli, w której przebywał do końca wojny. W okresie okupacji edukacją syna zajęła się matka, co po zakończeniu wojny umożliwiło mu to wstąpienie do Państwowego Koedukacyjnego Gimnazjum i Liceum Ogólnokształcącego w Mikołowie. Tam też, w 1950 r. Stanisław Szymik zdał egzamin dojrzałości.

Bezpośrednio po maturze przez okres 2 lat pracował w Przedsiębiorstwie Budowy Elektrowni i w Zjednoczeniu Instalacji Sanitarnych Budownictwa Miejskiego w Katowicach.

W 1952 r. rozpoczął studia na Wydziale Lekarskim Akademii Medycznej we Wrocławiu, w której uzyskał absolutorium w 1957 r., a po rocznym obowiązkowym stażu podyplomowym - dyplom lekarza medycyny.

Początkowo pracował w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym Ginekologiczno-Położniczym w Opolu, a następnie w latach 1959-1964 w Instytucie Immunologii i Terapii Doświadczalnej PAN we Wrocławiu. Równolegle zajmował się też chorymi w Ośrodku Kardiologicznym Państwowego Szpitala Klinicznego nr 1 we Wrocławiu.

W lutym 1964 r. przeniósł się do Opola, gdzie mieszkała jego rodzina i podjął pracę w Wojewódzkiej Stacji Krwiodawstwa, początkowo na pełnym etacie, a od stycznia 1969 r. tylko w jego części, godząc obowiązki z zatrudnieniem w Laboratorium Analitycznym Wojewódzkiej Przychodni Specjalistycznej.

W tym samym czasie w 1967 r. uzyskał Io specjalizacji z analityki klinicznej, a w 1968 r. obronił w Wojewódzkiej Akademii Medycznej w Łodzi pracę doktorską.

W kwietniu 1972 r. został powołany na stanowisko dyrektora Wojewódzkiej Przychodni Specjalistycznej,

a w pół roku później objął obowiązki szefa Zespołu Wojewódzkich Przychodni Specjalistycznych. Z kolei we wrześniu 1975 r. został dyrektorem Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Opolu. Pracował jako lekarz orzecznik w PZU (1972-1975) i w ZUS-ie (1985-2002). W tym samym roku zdobył specjalizację IIo z organizacji ochrony zdrowia. 31 października 1997 r. zakończył długą i imponującą karierę zawodową, przechodząc na emeryturę.

Odszedł od nas w dn. 2 sierpnia 2022 r., przeżywszy 90 lat. Za swoją wieloletnią, owocną i odpowiedzialną pracę był wielokrotnie nagradzany i odznaczany, m.in.: Krzyżem Kawalerskim Orderu Odrodzenia Polski, Srebrnym Krzyżem Zasługi, odznakami: „Za wzorową pracę w Służbie Zdrowia”, „Za zasługi dla miasta Opola” i „Za zasługi dla Opolszczyzny”. Był także laureatem nagrody specjalnej I stopnia Ministra Zdrowia „Za szczególne osiągnięcia w działaniach na rzecz ochrony zdrowia i pomocy społecznej”.

Dr Szymik był znany ze swej życzliwości, dobrego serca, ale i stanowczości. Gdy ktoś potrzebował pomocy lub dobrej rady - nigdy nie odmawiał. Odważny w podejmowaniu decyzji. Był przykładem prawego człowieka. Dla wielu z nas zaś był lekarzem, dyrektorem, szefem, ale też kolegą a nawet przyjacielem.

Cześć jego pamięci!

Józef BOJKO, Bogusław KUDYBA



Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój jest realizatorem projektu „Kształcenie podyplomowe lekarzy - rozwój kształcenia praktycznego z wykorzystaniem technik symulacji medycznej SUM”. Głównym założeniem projektu jest rozwój kompetencji zawodowych i kwalifikacji lekarzy oraz lekarzy rezydentów, poprzez organizację kursów min. z zakresu kardiologii

W dniach 28–30.09.2022 r. oraz 18–20.10.2022 r. organizowane będą kolejne edycje bezpłatnego 3-dniowego kursu „Podstawowe techniki diagnostyki inwazyjnej układu krążenia” i wykorzystaniem Symulatora do diagnostyki i interwencji naczyniowej, a także Symulatora do nakłucia tętnicy udowej i promieniowej. Kursy odbywają się w małych grupach ok. 10-osobowych.

Kurs skierowany jest do lekarzy kardiologów lub szkolących się w kardiologii, którzy zamierzają stosować techniki inwazyjne w leczeniu pacjentów. Formuła kursu umożliwia naukę poszczególnych etapów zabiegu krok po kroku z możliwością powtarzania i reagowania na najczęstsze powikłania w warunkach wirtualnych.

W projekcie mogą wziąć udział czynni zawodowo lekarze z całej Polski. Liczba miejsc jest limitowana, a o przyjęciu na kurs decyduwać będzie kolejność zgłoszeń. Uczestnikom zamieszkałym powyżej 50 km od miejsca kursu zostanie zapewnione bezpłatnie zakwaterowanie.

Na stronie internetowej: <http://ksztalcenie.podyplomowe.lekarzy.sum.edu.pl/> dostępne są informacje dotyczące sposobu aplikowania, a także tematy oraz terminy pozostałych kursów.

W Klubie Lekarza w Łodzi przy ul. Czerwonej 3 odbędzie się w październiku, tradycyjnie jak co roku, kolejna powakacyjna Międzynarodowa Wystawa Fotograficzna Lekarzy pod hasłem „Odkryte na nowo”. Realizację tego tematu pozostawiamy inwencji oraz wyobraźni lekarzy i lekarzy dentystów, chcących wziąć udział w Wystawie.

Tegorocznej edycji Wystawy, podobnie jak poprzednim, towarzyszyć będzie Konkurs, w którym prace oceni Jury złożone z profesjonalistów. Do udziału w Wystawie i Konkursie Fotograficznym zapraszamy Koleżanki i Kolegów nie tylko z okręgowych izb lekarskich w Polsce, a także z zagranicy.

Zapraszamy lekarzy i lekarzy dentystów wraz z rodzinami do korzystania z Bazy Noclegowej w Warszawie należącej do Śląskiej Izby Lekarskiej. To samoobsługowy obiekt z 16 pokojami do wynajęcia w centrum Warszawy (ul. Sobieskiego 102a). Lokalizacja, komfort i przystępna cena są największymi zaletami tego miejsca.

Wojewódzki Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności z siedzibą w Opolu uprzejmie zawiadamia, że poszukuje lekarzy – członków składu orzekającego następujących specjalności:

- lekarza neurologa,
- lekarza internisty,
- lekarza laryngologa,

ze specjalizacją co najmniej pierwszego stopnia, posiadających prawo wykonywania zawodu.

Wymogi kwalifikacyjne jakie powinien spełniać lekarz określa § 21 ust. 1 pkt 3 rozporządzenia Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 lipca 2003 r. w sprawie orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności (Dz.U. z 2021 r., poz. 857).

Zadania lekarza w Zespole:

- weryfikacja złożonej dokumentacji medycznej w zakresie kompletności oraz konieczności jej uzupełnienia o niezbędne wyniki badań diagnostycznych oraz inne dokumenty związane ze stanem zdrowia osoby zainteresowanej,
- udział w posiedzeniach składów orzekających Zespołu, przeprowadzenie badania lekarskiego, wywiadu oraz zebranie materiału do

NZO „RANIDENT” w Chrościnie Opolskiej ul. Kolejowa 23 oferuje do wynajęcia pomieszczenia z przeznaczeniem na prywatne gabinety lekarskie. Dotychczas pomieszczenia spełniały taką właśnie funkcję – przystosowane są do działalności medycznej – były Ośrodek Zdrowia). Zapraszamy lekarzy specjalistów. Warunki dzierżawy pomieszczeń do ustalenia. Zainteresowanych prosimy o kontakt: tel. +48 608 464 701

NZO Polimed w Opolu, ul Armii Krajowej 7 zatrudni lekarzy do pracy w POZ. Kontakt: tel. 601-172-152.

Zakład Farmakologii UO zatrudni lekarza lub lekarza stażystę na pełen etat dydaktyczny (270h rocznie) w charakterze asystenta do prowadzenia zajęć ze studentami z Farmakologii. Tel. kontaktowy 606-827-890.

Prowadzona jest także rekrutacja na pozostałe kursy z zakresu kardiologii/ kardiochirurgii tj.:

1. Warsztat szkoleniowy w zakresie wykonywania przez przełykowych badań echokardiograficznych (TEE) - termin 13-14 września 2022. r.;
2. Funkcja transeptalna i zabiegi na przegrodzie międzyprzedsionkowej;
3. Elektroterapia w niewydolności serca;
4. Zastosowanie praktycznych technik w operacjach małoinwazyjnych zastawki mitralnej;
5. Echokardiografia przezprzełykowa w zabiegach przezcewnikowego zamknięcia nieprawidłowych połączeń wewnątrzsercowych, wad zastawkowych oraz zamknięcia uszka lewego przedsionka.

W związku z powyższym zwracam się z uprzejmą prośbą o rozpowszechnienie informacji o rozpoczętej rekrutacji oraz możliwości zapisu pod nr tel. 32/208-36-44,

Uprzejmie informuje, że ze strony Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach Kierownikiem kursu z zakresu diagnostyki inwazyjnej jest dr hab. n. med. Mariusz Skowerski, natomiast za część organizacyjną odpowiadają Panie Anna Gardocka oraz Sandra Werner dostępne pod nr tel. 32/208-36-44 oraz e-mail: swerner@sum.edu.pl lub ksztalcenie-lekarzy@sum.edu.pl.

Z wyrazami szacunku

*Prorektor ds. Rozwoju i Transferu technologii
Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach
prof. dr hab. n. med. Edmund WYLĘGAŁA*

Zapraszamy do przesyłania fotografii drogą elektroniczną lub na nośnikach danych. Termin dostarczania fotografii upływa 10 października br.

Wernisaż Wystawy, podczas którego zostaną ogłoszone wyniki Konkursu Fotograficznego, odbędzie się 23 października 2022 r. (niedziela) o godz. 17. Wystawa potrwa do 28 października br. Prosimy o zapoznanie się z regulaminem, który określa warunki przystąpienia do Konkursu Fotograficznego.

Kontakt: Iwona Szelewa, Dyrektor Biura Okręgowej Izby Lekarskiej w Łodzi, tel. (042) 683-17-01.

Zachęcamy do obejrzenia filmu, w którym krok po kroku tłumaczymy, co należy zrobić, by skorzystać z Bazy Noclegowej: <https://www.youtube.com/watch?v=zma7JWkuB6g&t=6s>

Cena za dobę pobytu wynosi 150 zł za pokój dwuosobowy oraz 180 zł za pokój trzyosobowy.

Istnieje możliwość wynajmu łóżek w pokoju trzyosobowym. Koszt wynajmu wynosi 75 zł.

wodowego dokumentującego stan zdrowia orzekanego i wypełnienie na tej podstawie oceny stanu zdrowia – w trakcie posiedzenia składu orzekającego zakończonego podpisaniem wydanego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności.

Wymagane dokumenty:

- kserokopia dyplomu ukończenia studiów medycznych,
- kserokopia dokumentu uprawniającego do wykonywania zawodu lekarza,
- kserokopia dyplomu ukończenia specjalizacji,
- oświadczenie kandydata o wyrażeniu zgody na pełnienie wybranej funkcji,
- oświadczenie o niekaralności za przestępstwo popełnione umyślnie,
- oświadczenie o pełnej zdolności do czynności prawnych oraz korzystaniu z pełni praw obywatelskich.

Oferty należy składać lub przesyłać pocztą na adres Wojewódzkiego Zespołu ds. Orzekania o Niepełnosprawności, ul. Piastowska 14, 45-082 Opole. Dodatkowe informacje pod nr 77/452-42-30. W przypadku lekarzy o innych specjalnościach chętnych podjąć dodatkową pracę także prosimy o kontakt.

Specjalistyczny Szpital w Branicach zatrudni:

- lekarzy specjalistów rehabilitacji medycznej i psychiatrii,
- lekarzy w trakcie specjalizacji lub chętnych do specjalizacji w zakresie rehabilitacji medycznej i psychiatrii.

Oferujemy dobre warunki płacowe oraz zakwaterowanie, dla lekarzy rezydentów bezzwrotny dodatek miesięczny w wysokości 2.800,00 zł. Tel: 77/403-43-07 lub e-mail: sws.kadry@op.pl.

Przyjmę do pracy lekarza w Przychodni Rodzinnej ul Moniuszki 16 w Strzelcach Opolskich na etat lub godziny, mile widziana specjalizacja z medycyny rodzinnej lub interny. Posiadam wolne miejsce z rezydentury na specjalizacji z medycyny rodzinnej. Osoby zainteresowane proszę o kontakt tel. 602-384-460.

• Edra Urban & Partner Sp. z o.o. • 50-011 Wrocław, ul. Kościuszki 29
• Zamówienia: ksiegarnia@edraurban.pl • tel.: 42/680-44-09, fax: 42/680-44-86



REZONANS MAGNETYCZNY UKŁADU MIĘŚNIOWO-SZKIELETOWEGO. DIAGNOSTYKA RÓŻNICOWA

G.M. Hollenberg, E.P. Weinberg, S.P. Meyers
red. M. Sądziadek
rok wydania 2020

ISBN 978-83-66310-20-9, format 210 x 270,
opr. twarda, str. 672, cena 179,00 zł

Wprowadzenie do diagnostyki obrazowej techniki rezonansu magnetycznego około trzydzieści lat temu zrewolucjonizowało obrazowanie układu mięśniowo-szkieletowego, a znaczenie tej metody nieustannie wzrasta. Wzrost ten stanowi rezultat ciągłego rozwoju i udoskonalania technik rezonansu magnetycznego w zakresie zarówno nowych sekwencji obrazowania, jak i opisu nowych objawów diagnostycznych. Dzięki niezrównanemu kontrastowi w obrazowaniu tkanek miękkich rezonans jest szczególnie przydatny w ocenie okołostawowych struktur miękkotkankowych oraz guzów; w tych zastosowaniach wyparł inne techniki obrazowania lub spowodował powstanie licznych nowych wskazań do badania.

Rezonans magnetyczny układu mięśniowo-szkieletowego. Diagnostyka różnicowa to unikatowa publikacja oferująca obszerne opisy wyników badań MRI, które umożliwiają łatwiejsze rozpoznanie powszechnych i rzadkich chorób oraz zmian układu mięśniowo-szkieletowego. Najważniejsze treści obejmujące etiologię,

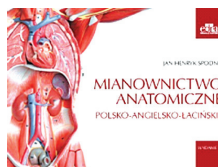
NZOZ VERITAS w Dobrej k/Krapkowic zatrudni do pracy w Przychodni Rodzinnej w miejscowości Dobra lekarza POZ (lekarz rodzinny, pediatra, internista lub lekarz w trakcie specjalizacji). Forma pracy do uzgodnienia: pełny etat, część etatu, praca na godziny i in. Warunki płacowe do uzgodnienia. Zainteresowanych prosimy o kontakt: tel. 506-174-745, 506-174-735 oraz e-mail: agwik@esculap.pl.

NOWOŚCI WYDAWNICZE

objawy kliniczne i aspekty patologiczne umieszczono w formie tabelarycznej, aby ułatwić szybkie i skuteczne uzyskanie informacji. Jest to doskonałe narzędzie dla praktykujących radiologów i ortopedów, przewodnik w codziennej praktyce, a także niezbędna pomoc w przygotowaniu się do egzaminu.

W publikacji:

- ponad 2000 najnowocześniejszych obrazów doskonałej jakości, przedstawiających zarówno najczęstsze, jak i rzadko występujące schorzenia mięśniowo-szkieletowe,
- wysokiej jakości ryciny uzupełniają opisy obrazów uzyskiwanych w badaniu,
- tabele diagnostyki różnicowej oparte są na anatomicznych lokalizacjach zmian.



MIANOWNICTWO ANATOMICZNE POLSKO-ANGIELSKO-ŁACIŃSKIE

J.H. Spodnik

wyd. 2

rok wydania 2022

ISBN 978-83-66960-76-3, format 210 x 148,
oprawa miękka, str. 372, cena: 53,10

Publikacja jest adresowana do studentów uczelni medycznych i lekarzy wszystkich specjalności, zawiera wyczerpującą i uaktualnioną listę polskich, angielskich i łacińskich mian anatomicznych, uwzględniając zmiany wprowadzone przez Terminologia Anatomica (TA2).

OPOLSKA IZBA LEKARSKA

Biuro: tel. 77/454-59-39, opole@hipokrates.org

czynne: poniedziałek, wtorek, czwartek 7.30-15.30;
środa 7.30-16.00; piątek 7.30-15.00

Rejestr Lekarzy: opole.rejestr@hipokrates.org

Praktyki Prywatne: opole.praktyki@hipokrates.org

Radca prawny – tel. kontaktowy: 601 708 952, przyjmuje:
poniedziałek 9.00-10.30, środa 14.30-17.00, czwartek 14.00-16.00,
piątek – po uprzednim ustaleniu telefonicznym.

Składki: opole.skladki@hipokrates.org

Administracja Biura Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności
Zawodowej:

tel. 77/453-75-72; opole.rzecznik@hipokrates.org

Administracja Biura Okręgowego Sądu Lekarskiego:

tel. 77/454-85-75; opole.sad@hipokrates.org



Zapraszamy do Bazy Noclegowej
Pro Medico w Warszawie



BIULETYN INFORMACYJNY OPOLSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

WYDAWCA: Opolska Izba Lekarska, 45-054 Opole, ul. Grunwaldzka 23, tel. 0 77 454 59 39,
www.izbalekarska.opole.pl; nr konta: 54-1020-3668-0000-5102-0009-8277

REDAKCJA: Jerzy Lach; OPRACOWANIE GRAFICZNE: Wydawnictwo i Drukarnia Świętego Krzyża

ŁAMANIE i DRUK: Wydawnictwo i Drukarnia Świętego Krzyża w Opolu, ul. Katedralna 8A

NAKŁAD: 2800 egz. ISSN 1426-661X